

1905

Prémieux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
LA LIPOMATOSE
MULTIPLE SYMÉTRIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Juin 1905

PAR

Isidore CRÉMIEUX

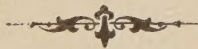
Né à Cette, le 12 octobre 1878

LICENCIÉ ÈS-SCIENCES PHYSIQUES
PHARMACIEN DE PREMIÈRE CLASSE

LAURÉAT DE L'ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE (1^{er} prix, médaille d'argent,
concours 1900)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ CHIMIQUE DE PARIS
ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX D'ALBI

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1905

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*) DOYEN
TRUC ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.	GRYNFELTT.
— ch. du cours, M. GUÉRIN.	
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*)
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophthalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	BOSC
Hygiène.	BERTIN-SANS

Professeur adjoint : M. RAUZIER

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires :

MM. JAUMES, PAULET (O. *), E. BERTIN-SANS (*)

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. VALLOIS, agrégé libre.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	RAUZIER, agrégé libre,
	Professeur adjoint.
Pathologie externe	DEROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. VIRES	MM. SOUBEIRAN
DE ROUVILLE	VEDEL	GUERIN
PUECH	JEANBRAU	GAGNIERE
GALAVIELLE	POUJOL	GRYNFELTT Ed.
RAYMOND	ARDIN-DELTEIL	

M. IZARD, *secrétaire.*

Examineurs de la Thèse

MM. RAUZIER, <i>président.</i>	MM. BROUSSE, <i>agrégé.</i>
FORGUE, <i>professeur.</i>	VEDEL, <i>agrégé.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON GRAND-PÈRE

JOSEPH MILHAUD

*Modeste témoignage de reconnaissance à
son grand cœur et à son inépuisable bonté!*

A LA MÉMOIRE DE MON CHER MAÎTRE

GASTON ROUVIER

LICENCIÉ ÈS-SCIENCES PHYSIQUES ET ÈS SCIENCES MATHÉMATIQUES

PHARMACIEN SUPÉRIEUR

PROFESSEUR DE PHYSIQUE ET CHIMIE AU COLLÈGE DE CETTE

*Qui guida mes premiers pas dans l'étude
des Sciences physiques ; encouragea mes
début dans les sciences pharmaceutiques
et médicales et fut pour moi non seule-
ment le premier de mes maîtres, mais le
plus fidèle des amis.*

I. CRÉMIEUX

A MA BONNE GRAND'MÈRE

MADAME VEUVE JOSEPH MILHAUD

Je voudrais pouvoir exprimer tous les sentiments de vive gratitude que mon cœur doit à celle qui m'a toujours entouré d'une tendre sollicitude, d'une grande affection, et fut toujours pour moi la meilleure des grand'mères.

A MA CHÈRE MÈRE

Bien faible témoignage de ma très sincère affection et de mon amour filial.

A MON PÈRE

Dont la carrière est un perpétuel exemple de dévouement, je dédie cette thèse comme un respectueux hommage de profond amour et de vive reconnaissance.

I. CRÉMIEUX

A MON CHER ONCLE
MONSIEUR JOSEPH MILHAUD

*Qui m'est si souvent venu en aide dans les
moments difficiles inhérents à la vie
d'Etudiant !!*

A MONSIEUR LE DOCTEUR SCHEYDT

MÉDECIN DE L'HOPITAL DE CETTE

*Qui m'a initié à la pratique médicale, et
m'a toujours honoré de sa confiance et
de son affectueuse amitié.*

A MA CHÈRE SOEUR

A qui je dois tant !

I. CRÉMIEUX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR G. RAUZIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

Vous avez bien voulu, mon cher maître, me témoigner pendant mes études une excessive bienveillance et m'aider bien souvent de vos conseils éclairés. Permettez-moi de vous dire ici combien je vous en suis reconnaissant, et combien j'apprécie l'honneur que vous me faites aujourd'hui en daignant accepter la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

Qui a toujours été pour moi un juge indulgent, me prodiguant quotidiennement son bienveillant appui et ses précieux conseils. Qu'il me permette de lui adresser ici la respectueuse expression de ma bien vive gratitude.

I. CRÉMIEUX

Sur le point de terminer nos études médicales, ce n'est pas sans une certaine émotion que, jetant un coup d'œil sur le passé, nous contemplons les nombreuses dettes de reconnaissance contractées durant notre séjour dans l'Université de Montpellier ; dettes dont nous ne pouvons malheureusement caresser l'espoir de pouvoir nous acquitter jamais.

C'est d'abord à la Faculté des sciences que nous en avons contractées : MM. les professeurs Meslin, Curie, de Forcrand, Oechsner de Coninck, furent pour nous des maîtres bienveillants et des censeurs peu sévères ; ils nous ont par la suite honoré de leur estime et ils comprendront que ce n'est pas sans un vif sentiment de regret que nous les avons quittés, nos études de licence terminées, pour aller suivre l'Enseignement des Maîtres de l'Ecole de pharmacie. Ici encore, notre tâche serait lourde, s'il nous fallait rappeler tout ce que nous devons à MM. les professeurs Planchon, Jadin, Astre et Fonzes-Diacon, à MM. les professeurs-agrégés Gaucher et Astruc, et surtout à notre excellent ami, mon cher camarade de licence Tarbouriech.

Durant les trois années passées à l'Ecole ils furent des maîtres nous prodiguant leurs conseils avec un dévouement n'ayant d'égal que leur sollicitude à notre égard. Ils ont

des droits imprescriptibles à notre reconnaissance, nous ne l'oublierons jamais !

Et enfin comment exprimer tout ce que nous devons à nos maîtres de la Faculté de Médecine ? Qu'il nous soit permis de citer en première ligne M. le Professeur Carrieu dont les intéressantes leçons cliniques et les passionnantes discussions au lit du malade resteront pour nous le guide le plus sûr dans tous les cas difficiles que nous pourrons rencontrer au cours de notre carrière. Nous ne pourrons jamais assez le remercier des bienveillantes marques d'intérêt qu'il n'a cessé de nous donner pendant les nombreux stages faits dans son service.

M. le professeur Grassel, par ses idées si personnelles, par sa logique si savante, par ses déductions si hardies, nous a fait passer à l'entendre de bien douces heures ! Que notre éminent maître veuille bien croire à notre sincère gratitude et à notre vive reconnaissance.

Nous avons eu la bonne fortune de suivre pendant plusieurs années le cours de Pathologie Interne : ce sera toujours avec un nouveau plaisir que nous nous rappellerons les heures passées à écouter les leçons du savant maître et de l'orateur si délicat qu'est M. le Professeur Ducamp ; et c'est bien respectueusement que nous le prions de vouloir bien agréer l'expression sincère de nos vifs remerciements.

Nous tenons aussi à remercier tout particulièrement MM. les Professeurs Tédénal, Estor, Truc et Gilis ; MM. les Professeurs Agrégés Jeanbrau, Ardin-Delteil, Grynjelth, Soubeyran pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée pendant notre séjour à la Faculté et dans les hôpitaux.

M. le Professeur agrégé Vedel nous initia aux si

arides examens anatomo-pathologiques et nous a toujours montré un réel intérêt dont il nous donne aujourd'hui une nouvelle preuve en consentant à siéger dans notre jury de thèse. Qu'il nous permette de lui dire combien nous nous en sommes senti honoré.

Enfin nous n'oublierons jamais que M. le Professeur Brousse dans ses causeries simples, familières, exemptes de prétention, nous ouvrit les trésors de sa science syphiligraphique et dermatologique ; nous y avons puisé, et ce que nous savons sur ces questions, c'est tout à lui que nous le devons, d'où l'impérieux devoir pour nous de lui en témoigner notre vive gratitude.

*Impuissant à nous acquitter jamais de si lourdes dettes, nous ne pouvons à la fin de nos études que donner à nos maîtres la sincère assurance de conserver ces précieux souvenirs dans un écrin vraiment digne d'eux :
Le cœur d'un élève reconnaissant !*

INTRODUCTION

L'obésité a été observée depuis la plus haute antiquité. Déjà le célèbre médecin grec Galien, parlant de Nicomaque de Smyrne, dit que son corps était parvenu à une grosseur extraordinaire, l'empêchant presque de se remuer. Épaminondas, général thébain, fut un des hommes les plus gros de l'antiquité ; on raconte que trois hommes pouvaient à peine embrasser son corps. Le roi de Macédoine Démétrius Poliorcète, après avoir soumis la Grèce révoltée, fut envahi à son tour par l'adipose et tomba dans l'imbécillité.

Les médecins latins ne rapportent pas grand'chose concernant l'obésité. Mais l'histoire nous apprend que les empereurs romains de la décadence, jouisseurs grossiers et sédentaires, contractèrent un embonpoint maladif. Néron faillit en perdre le goût des débauches et de la férocité ; et Vitellius dut aux vertus thérapeutiques des sources limpides de la Gaule, de se guérir des manifestations naissantes de l'arthritisme.

L'obscur lignée des rois fainéants exhiba sur des chariots grossiers des masses de graisse débordantes.

Les rois d'Angleterre Guillaume I^{er} le Conquérant et Henri VIII furent célèbres par leur corpulence.

L'art lui-même nous démontre que la polysarcie a attiré l'attention des générations précédentes.

La peinture s'est souvent attardée à rendre les beautés

replètes. C'est le distinctif de l'Ecole Flamande avec ses Rubens et ses Franz Halls ; c'est celui aussi de notre période révolutionnaire et de toute l'époque de David, dont les tableaux de femmes douées d'un embonpoint bien au dessus de la moyenne, témoignent la lamentable dégénérescence de la bourgeoisie de 1840 !

Mais si l'obésité est assez bien connue, du moins dans ses grandes lignes, il n'en n'est pas de même d'une de ses variétés, la « Lipomatose Multiple Symétrique, » sur laquelle on n'a qu'un nombre relativement restreint de documents parfois même contradictoires.

Nous pensons qu'à l'heure actuelle il est permis de grouper sous le titre de « Lipomatose multiple symétrique » certaines affections qui ont été décrites sous des noms très divers tels que :

La Pseudo-Lipomatose de Verneuil et Potain ;

La Lipomatose multiple symétrique circonscrite ;

L'Adéno-Lipomatose à prédominance cervicale ou maladie de MM. Launois et Bensaude ;

La Lipomatose symétrique diffuse ;

L'Adipose douloureuse ou maladie de Dercum ;

Laissant volontairement de côté : la Neuro-fibromatose généralisée ou maladie de Recklinghausen que certains auteurs ont voulu, à tort, croyons-nous, rapprocher des affections précédentes.

C'est qu'en effet, on connaît aujourd'hui de nombreux termes de transition permettant de passer avec la plus grande facilité d'une à l'autre de ces affections. Il est aujourd'hui démontré qu'œdème, pseudo-lipomes, lipomes, adipose douloureuse, ne sont que les divers stades d'évolution parcourus par certaines cellules sous l'influence d'un même processus. Et cela nous explique très bien comment certains sujets ont

pu être à la fois porteurs de pseudo-lipomes et de lipomes multiples et être ainsi catalogués soit parmi les malades atteints d'affection de Verneuil et Potain ou de maladie de Launois et Bensaude ; comment pour certains sujets le diagnostic a pu être hésitant entre Lipomatose multiple symétrique ou Forme nodulaire de la maladie de Dercum, etc., etc.

Le but de notre thèse sera de grouper en une vue d'ensemble les divers documents parus sur ces diverses affections ; de montrer les ressemblances qui rapprochent ces diverses maladies et les différences qui les ont fait distinguer ; et enfin d'apporter en ce qui concerne la Pseudo-Lipomatose de Verneuil et Potain une observation personnelle permettant d'incriminer dans ce cas au moins l'hérédité dans l'étiologie de cette affection.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA LIPOMATOSE MULTIPLE SYMÉTRIQUE

CHAPITRE PREMIER

DE LA PSEUDO-LIPOMATOSE SYMETRIQUE DE VERNEUIL ET POTAIN

Au cours d'une clinique faite en 1879, recueillie par le docteur P. Lucas-Championnière et publiée dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, M. le professeur Potain s'exprimait de la façon suivante :

« La manifestation rhumatismale peut se localiser aussi dans le tissu cellulaire, donnant lieu à des fluxions, à de l'œdème, à de l'érythème noueux. *Chez certaines femmes même, cette fluxion se produit au niveau du creux sus-claviculaire qui se boursoufle, se gonfle, sans qu'il s'agisse d'un véritable œdème. Cet état survient surtout chez les femmes atteintes de rhumatisme chronique ou d'origine héréditaire.* » (1)

(1) *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, octobre 1879, p. 446.

Telle est la première mention, la première description de ce que nous étudierons bientôt sous le nom de pseudo-lipome.

Le mois suivant, c'est-à-dire en novembre 1879, M. le professeur Verneuil publiait, dans la *Gazette hebdomadaire*, sous forme de lettre à M. le professeur Potain, un mémoire intitulé : « Du pseudo-lipome sus-claviculaire », et accompagné de quatre observations.

« Sous le titre vague de pseudo-lipome sus-claviculaire, dit le professeur Verneuil (1), je désignerai une affection que j'ai déjà observée quatre fois et qui n'est, que je sache, décrite nulle part.

» Je ne sais rien sur les causes et les origines du mal et peu de choses sur sa marche et sa terminaison.

» Trois fois les deux régions sus-claviculaires étaient prises ; une fois elle n'occupait que le côté gauche. Les trois sujets étaient des femmes d'environ 40 ans, de taille moyenne, replètes, de bonne constitution, mais présentant des symptômes d'arthritisme : gravelle chez l'une ; névralgies protéiformes chez l'autre ; emphysème chez la troisième. Le quatrième était un jeune homme, gras, voué au rhumatisme. »

En même temps que le professeur Verneuil faisait connaître ces faits, il engageait le professeur Potain à en faire l'étude. Ce fut par un mémoire lu à l'Académie de médecine le 17 octobre 1882 que le professeur Potain répondit, comme il le dit lui-même, « à cette galante provocation ». Malheureusement, le mémoire ayant été égaré, nous ne le connaissons que par le compte rendu, assez détaillé du reste, qu'en a fait la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* du 20 octobre 1882.

(1) *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 21 novembre 1879, p. 745.

Voici d'abord en quoi consistent ces tumeurs qui vont nous occuper (1) :

« Dans l'une des régions sus-claviculaires, mais plus souvent sur toutes deux, on constate une saillie qui transforme la dépression habituelle à cette place en une connexité dont le relief peut s'élever de deux et même trois centimètres au-dessus du plan des parties voisines.

» Ovoïde ou triangulaire avec des bords mal limités, des angles mousses et des contours indécis pour l'œil comme pour le toucher, cette saillie est comprise dans l'espace laissé libre entre la clavicule, le bord du trapèze et celui du sterno-mastoïdien. Elle ne s'accompagne d'aucun changement de coloration à la peau ; elle n'est ni dure, ni fluctuante, ni susceptible de garder l'empreinte du doigt comme font les parties œdémateuses. Elle est élastique, et sa palpation, qui d'ailleurs n'est nullement douloureuse, ne donne d'autre sensation que celle qu'on éprouve à toucher quelque région riche en tissu adipeux, telle que la paroi abdominale ou la fesse d'un sujet quelque peu obèse. »

Cette description représente le pseudo-lipome sus-claviculaire, région de prédilection de ces tumeurs de nature spéciale. Mais, ainsi que le fait déjà, dans le même article, remarquer le professeur Potain : *le pseudo-lipome peut siéger en toute autre région que le creux sus-claviculaire*. En effet, dit-il, « on rencontre de semblables tumeurs sur les côtés du tendon rotulien ou du tendon d'Achille, au voisinage des malléoles, au-dessous des bosses occipitales, enfin dans la plupart des points où un tissu cellulaire lâche et habituellement

(1) Extrait du mémoire de M. le professeur Potain à l'Académie de médecine, *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 20 octobre 1882, p. 687.

grasseyeux semble plus susceptible de se surcharger de graisse ou de sérosité. »

A la suite de cette courtoise polémique entre les professeurs Verneuil et Potain, et à la demande du premier, M. le docteur Petit, le savant bibliothécaire de la Faculté de médecine, réunit tout ce qui avait paru sur le pseudo-lipome et les productions analogues. Il résulta de ces recherches que le pseudo-lipome, quoique rare, était cependant une affection plus commune que l'observation journalière d'un service hospitalier, même aussi important que celui des professeurs Verneuil ou Potain, ne tendrait à le faire croire.

C'est Curling (1) qui le premier a signalé deux observations de pseudo-lipomes chez des sujets atteints de crétinisme.

Il s'agit dans la première d'une fillette de 10 ans présentant aux côtés externes du cou, en dehors des sterno-mastoïdiens, deux tumeurs à peu près symétriques. L'autopsie montra que ces tumeurs non enveloppées par une capsule étaient composées de graisse et d'un tissu lobulé et lâche qui au microscope sembla être constitué de tissu conjonctif et de lobules grasseyeux. Il n'y avait pas trace de corps thyroïde.

La deuxième a trait à un enfant de six mois, d'aspect idiot : large face avec tête petite et front très fuyant, langue volumineuse sortant de la bouche. Sur les côtés du cou, en dehors des sterno-mastoïdiens, existaient deux tumeurs symétriques, molles, de sensation pâteuse, non élastique. A l'autopsie, on constata que ces tumeurs étaient formées de tissu grasseyeux sans aucune enveloppe propre. Il n'y avait pas trace de corps thyroïde.

(1) Curling, *Med. chir. Trans.*, 1850, vol. XXXIII, p. 303.

Après Curling, Langdon Down (1) observa chez des crétins des tumeurs sus-claviculaires qu'il croyait être de nature veineuse. Après lui, Hilton Fagge (2), Goodhart (3) rapportent des cas analogues.

D'autres auteurs signalent dans les mêmes régions des productions de ce genre coexistant avec le myxœdème : Ord (4), Lloyd (5), Duckworth (6), en Angleterre ; Bourneville et d'Ollier (7), Ridet-Saillart (8) en France. Mais s'agit-il dans ces cas de pseudo-lipomes ? Le peu de renseignements que nous fournissent les auteurs ne nous permet pas de conclure.

En 1878, Stofella (9) signale des lipomes sus-claviculaires s'étant présentés chez des malades porteurs de lésions nerveuses (ataxie locomotrice, névralgies tenaces et intenses, etc.)

Cependant nous pouvons nous faire une opinion raisonnée de la question à l'aide des quatre observations de Verneuil et des quelques autres que nous avons pu trouver dans la littérature médicale. On voit combien est regrettable la perte du mémoire de M. le professeur Potain et des vingt observations qu'il avait pu recueillir et commenter avec le talent incontesté et le sens clinique qu'il possédait à un si haut degré.

(1) Langdon Down, *Trans. pathol. Soc of London*, 1869, vol. XX, p. 419.

(2) Hilton Fagge, *Med. chir. Trans.*, 1871, vol. LIV, p. 157.

(3) Goodhart, *Med. Times*, 1880, vol. I, p. 474.

(4) Ord, *Med. chir. Trans.*, 1870, vol. LXI, p. 60.

(5) Lloyd, *Trans. clin. Soc.*, 1880, vol. XIII, p. 111.

(6) Duckworth, *Trans. clin. Soc.*, 1880, vol. XIII, p. 13, et 1881, vol. XIV, pp. 54 et 67.

(7) Bourneville et d'Ollier, *Progrès médical*, 1880, p. 709.

(8) Ridet-Saillart, Thèse Paris, 1881.

(9) Stofella, *Wiener med. Wochenschrift*, 1878.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

De M. le professeur Verneuil

Une dame de 50 ans, haute taille, très fortement constituée, présente dans les régions sus-claviculaires une saillie qui est d'abord considérée comme causée par la proéminence des sommets pulmonaires, car la malade est atteinte d'emphysème à un très haut degré. Mais la tumeur n'est ni molle, ni réductible, ni influencée en aucune façon par les mouvements respiratoires et l'auscultation n'y fait entendre aucun bruit.

OBSERVATION II

De M. le professeur Verneuil

Malade ayant passé la quarantaine, bien constituée ; au cours d'une chute se fait une entorse grave de l'articulation scapulo-humérale. L'arthrite est traitée par les résolutifs, immobilisation, etc., puis retour des douleurs, d'où nouvel examen qui montre à côté des lésions de l'arthrite la présence d'une tumeur notable dans le triangle sus-claviculaire correspondant. Cette douleur était indolente, de consistance uniforme, molle et à peine élastique, et plus comparable à un lipome qu'à toute autre production pathologique. L'autre région sus-claviculaire qui n'était nullement blessée présentait une

déformation siégeant au même lieu et offrant les mêmes caractères.

OBSERVATION III

De M. le professeur Verneuil

Mme O..., 57 ans, a depuis quinze ans beaucoup d'embonpoint, malgré une vie active et une grande sobriété ; ressentant un jour quelques douleurs au-dessus de la clavicule, elle y constate la présence de deux tumeurs qu'elle alla montrer au professeur Verneuil ; il constate alors que les deux tiers internes du triangle sus-claviculaire sont occupés par une saillie hémisphérique proéminent de 2 à trois centimètres sur le niveau des parties voisines, à surface lisse, sans changement de couleur de la peau, rappelant par sa consistance et son indolence un lipome, avec cette différence toutefois qu'elle était moins circonscrite à son pourtour et qu'on pouvait moins facilement plisser la peau sus-jacente.

Cette tumeur ne présentait ni battements, ni souffles, et n'éprouvait ni ampliation ni retrait pendant les grands mouvements respiratoires. De l'autre côté du cou se trouvait une autre tumeur exactement semblable par son siège et son caractère, mais un peu moins volumineuse.

Chez la malade, on relève de nombreuses tares de neuro-arthritisme.

OBSERVATION IV

De M. le professeur Verneuil (1)

M. X.... 34 ans, bien constitué, gros mangeur, embonpoint considérable, présente dans le triangle sus-claviculaire une

(1) Observations I, II, III, IV. Verneuil, *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 21 novembre 1879, p. 745.

tumeur faisant une saillie considérable, se confondant en arrière avec le bord supérieur du trapèze et atteignant en avant le bord postérieur de la clavicule.

Cette masse était plus ou moins saillante suivant les attitudes du bras. Au toucher on percevait une masse molle, rénitive, élastique, confondue avec la peau, se déplaçant avec elle dans une petite étendue, mais n'ayant aucune adhérence avec les parties profondes.

Après ces observations du professeur Verneuil, nous devons rapporter les faits suivants relatés dans l'extrait du mémoire adressé par le professeur Potain à l'académie de médecine en 1882 et publiés dans la *Gazette hebdomadaire*.

Nous décrivons les faits sous cette forme, faute de pouvoir les publier comme observations.

« Chez une vieille dame j'ai constaté que la tuméfaction pseudo-lipomateuse débordait la région sus-claviculaire. Dépassant ces limites, elle s'étendait aux deux épaules et à la partie supérieure du thorax, occupant ainsi assez exactement la distribution du plexus cervical superficiel. La malade présentait de la dyspnée constante, de telle sorte que l'on pouvait se demander si l'infiltration pseudo-lipomateuse n'avait pas envahi aussi le tissu conjonctif du médiastin.

» Un autre malade de 40 ans environ, tout à fait bien portant en apparence et d'un assez gros embonpoint, présentait une tumeur aplatie sur le côté gauche du thorax aux environs des huitième et neuvième côtes ; elle était adhérente à la peau, mais absolument mobile sur les parties profondes. Le malade présentait de plus deux beaux pseudo-lipomes sus-claviculaires. Il avait remarqué que pendant les temps froids et humides ses tumeurs du cou devenaient plus saillantes.

» Le frère jumeau de ce malade était aussi porteur de deux pseudo-lipomes, augmentant considérablement de volume par les temps froids et humides. Ces deux hommes n'avaient eu ni rhumatisme ni goutte. Leur oncle maternel toutefois était fortement gouteux. » (1)

Existait-il, en dehors des deux cas de Curling, des quatre observations de Verneuil et des deux cas ci-dessus de Potain, d'autres observations de pseudo-lipomatose symétrique ?

Oui, nous avons pu en réunir une dizaine de cas.

OBSERVATION IX

Due au D^r Mathieu (2)

V..., 42 ans, journalière, entre le 28 juillet 1885 à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Hanot. Cette malade entre à l'hôpital pour des douleurs dans les membres inférieurs qui s'accompagnent de la production de grosseurs cutanées dans la même région. Ses douleurs l'empêchent de marcher.

A l'examen, on trouve au niveau des membres inférieurs des masses cutanées d'un volume variable, constituées par des saillies allongées d'environ 10 centimètres sur 5 centimètres, et du relief de 3 à 4 centimètres à leur centre ; elles sont arrondies ou oblongues à grand axe transversal. Les bords se continuent insensiblement avec la peau du voisinage. A leur surface, pas de changements de coloration de la peau. Consistance élastique, lipomateuse, sans lobulation. Pas de

(1) Potain, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1882, p. 687.

(2) Mathieu, *Archives générales de médecine*, 1885, vol. II, p. 607.

godets à la pression ; les tumeurs sont presque indolentes et distribuées d'une façon assez symétrique.

On trouve de ces masses à la partie interne du genou ; à la partie supérieure de la cuisse en même temps que la cuisse elle-même est grosse dans presque toute son étendue. Les jambes sont indemnes. Au creux épigastrique et au niveau des hypochondres, on trouve des masses de même nature.

Pas de rhumatisme antérieur. Ni sucre ni albumine dans les urines.

20 août. — Les masses du genou et des hanches ont diminué, mais par contre celles des parois abdominales ont très notablement augmenté.

OBSERVATION X

Dr Millican. — *The Lancet* (1)

Homme de 59 ans, chute il y a quinze jours ; depuis lors, le cou est raide.

L'examen du cou montre une tumeur élastique située dans la région sus-claviculaire gauche. Du côté droit, tumeur semblable, mais moins grosse. Le patient est d'une constitution nettement rhumatismale. La peau se meut librement sur les deux tumeurs, mais sans changement de coloration.

Il y a de l'œdème des deux jambes, mais il n'y a pas de tumeurs semblables œdémateuses ou pseudo-lipomateuses dans aucune autre région.

(1) *The Lancet*, 1882, p. 962 (docteur Millican).

OBSERVATION XI

Chuffart. — Thèse d'agrégation (1)

Femme C..., 47 ans, domestique, entrée le 24 novembre 1884 dans le service de M. le docteur Lallier. S'est aperçue en mars dernier que les régions sus-claviculaires étaient volumineuses. Augmentation graduelle, indolence. Actuellement, les deux creux sus-claviculaires sont remplacés par des saillies régulières, de consistance molle, recouvertes d'une peau saine, mobile et souple. La tumeur elle-même est indolente, à la pression elle ne laisse pas d'empreinte.

La tuméfaction n'a pas de limites nettes pas plus au toucher qu'à la vue. Région pectorale normale : quelques craquements dans l'épaule gauche et dans les genoux. La partie supérieure du dos est un peu gonflée, mais pas de godet à la pression : la peau se plisse mal.

OBSERVATION XII

D^r Chartier. — *Gaz. hebdomadaire* (2)

Mme V..., 77 ans, bonne santé habituelle, pas de rhumatisme articulaire.

En 1880, névralgie sciatique. Deux ans après, polyadénite cervicale droite avec suppuration. Deux mois après, gonflement de la face, œdème de la main droite et du bras, douleurs occipitales. L'examen du cou fait constater la présence d'un

(1) Chuffart, Thèse d'agrégation, Paris, 1886, p. 145.

(2) D^r Chartier, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1883, p. 836.

lipome dans le creux sus-claviculaire droit ; à gauche, une tumeur analogue, mais un peu plus petite.

Les tumeurs gardent un volume constant, tandis que les œdèmes ne tardent pas à diminuer, lorsque la femme meurt de mort subite.

A l'autopsie, on constate la présence d'un abcès rétro-pharyngien. L'examen microscopique des tumeurs fait par M. Suchard montre que le tissu graisseux qui constitue ces masses est formé de cellules adipeuses normales, groupées en lobules dont les parois sont des lames très minces de tissu conjonctif lâche. En aucun point de la périphérie des masses de graisse on ne trouve de capsule nettement limitée.

OBSERVATION XIII

Dr Desnos — Société médicale des Hôpitaux (1)

Je désire faire part à la Société de l'observation exceptionnelle d'une maladie rare elle-même, souvent méconnue. Il s'agit de l'œdème rhumatismal chronique ou pseudo-lipomatose de Verneuil et Potain.

Il s'agit d'une femme de 63 ans qui entra en 1886 dans le service de M. Laboulbène pour des douleurs dans toutes les articulations ; il y avait aussi de l'œdème du cou-de-pied, du genou et des doigts. De plus, dans chaque creux sus-claviculaire, on trouve un pseudo-lipome légèrement douloureux à la palpation. Sous l'influence de grands bains alcalins chauds, de KBr et du repos, la malade sort au bout de peu de temps améliorée mais non guérie.

(1) Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1891. Séance du 13 février, p. 65.

Il y a un an, elle vit réapparaître des douleurs très intenses dans toutes les jointures primitivement atteintes ; tout mouvement devint impossible ; l'œdème augmenta de nouveau. Pendant six mois, elle ne parvint qu'à atténuer ses douleurs légèrement à l'aide de liniment, finalement elle se décida à demander son admission à l'hôpital où elle entra en juillet dernier.

La malade est étendue, immobile dans son lit, il lui est impossible de se retourner seule, elle ne peut qu'à demi s'asseoir et ne peut renverser la tête en arrière pour regarder ce qui se passe au-dessus d'elle. Les jambes et les genoux sont très œdématiés. Cet œdème ne ressemble en rien à l'œdème des néphrétiques et des cardiaques. De plus, bien que les jambes soient enflées dans leur totalité, l'œdème est plus marqué en trois points :

1° Au niveau de l'interligne tibio-tarsienne, où l'on voit une tuméfaction très accentuée formant bourrelet et n'ayant pas plus de 3 centimètres de hauteur ;

2° 15 centimètres au dessus, on trouve un deuxième bourrelet d'œdème encore plus haut que le premier ;

3° Derrière les genoux, au niveau du cul-de-sac sous-bicipital, la peau présente un relief très marqué, comme s'il y avait dans la synoviale une grande quantité de liquide, alors qu'en fait il n'en existe pas. Les cuisses sont volumineuses, mais ne sont pas œdématiées.

Il n'existe du côté du cœur ni troubles fonctionnels ni bruits anormaux. Enfin, chose curieuse à noter, les fosses sus-claviculaires sont libres ; il n'y a pas trace de pseudo-lipomes.

Telles sont les seules observations que nous avons pu rassembler dans une bibliographie que nous nous sommes efforcé de faire aussi complète que possible, et encore voit-on que

certaines cataloguées comme cas de pseudo-lipomes pourraient être contestées.

Ayant eu la bonne fortune d'observer un cas nouveau de pseudo-lipomatose symétrique, avec M. le professeur Rauzier, nous en donnons ci-dessous la relation.

OBSERVATION XIV

(Inédite.)

Due à l'obligeance de M. le professeur Rauzier

Mme X..., 55 ans environ, a subi plusieurs fois dans sa vie des attaques de rhumatismes. Rien autre à noter dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

La malade se présente dans le cabinet de M. le professeur Rauzier pour des douleurs surtout localisées au niveau des articulations, douleurs qui la font, dit-elle, vivement souffrir, et parfois même l'empêchent de marcher. Le diagnostic de rhumatisme chronique est porté par M. le professeur Rauzier. Mais le côté intéressant du cas fut la constatation au niveau des creux sus-claviculaires de la présence de tumeurs du volume d'un œuf de pigeon, molles, indolentes, à consistance un peu élastique. La pression ne laissait pas à leur surface de godets d'œdème. Ces tumeurs ne gênaient nullement la malade, qui n'était qu'intriguée par leur présence, sur laquelle aucun médecin consulté n'avait pu fournir d'explications.

Un examen plus attentif permit de découvrir un assez grand nombre de ces tumeurs au niveau des membres supérieurs, et surtout sur les avant-bras. On en trouvait en quantité moins considérable sur les membres inférieurs, très peu sur le tronc et pas sur l'abdomen.

Ces tumeurs étaient surtout remarquables par leur symétrie. Elles siégeaient dans le tissu cellulaire sous-cutané, la peau ne présentait à leur surface aucune modification.

En présence d'une telle symptomatologie, M. le professeur Rauzier porta le diagnostic de « pseudo-lipomes » chez une neuro-arthritique.

Mais un des côtés non moins curieux de l'histoire de cette malade est le suivant.

La malade est mariée à un homme présentant aussi de nombreux stigmates d'arthritisme : migraines fréquentes, eczéma à répétition, etc. Ils ont deux enfants : un garçon de 30 ans et une fille de 28. Leurs deux enfants, sur lesquels l'hérédité arthritique se fait parfois lourdement sentir, présentent aussi des tumeurs semblables, c'est-à-dire des pseudo-lipomes identiques à ceux de leur mère.

On voit donc, qu'au moins dans ce cas, l'hérédité de l'affection qui est discutée par certains auteurs est absolument incontestable. Ces tumeurs étant bénignes et absolument indolores, M. le professeur Rauzier après avoir prescrit un traitement contre le rhumatisme chronique dont souffrait la malade, conseilla l'expectative à l'égard des pseudo-lipomes.

Nous venons donc de rapporter une série de cas, un peu dissemblables entre eux ; les uns confinent à l'œdème vrai, les autres ne se distinguant du lipome vrai par aucun caractère clinique ou anatomique comme l'autopsie l'a démontré. Et, pour être tout à fait complet, nous ajouterons qu'à la rigueur on pourrait presque cataloguer les faits ci-dessus rapportés dans les quatre variétés suivantes :

1^{re} variété : œdème rhumatisal du tissu cellulaire sous-cutané ;

2^e Variété : œdème circonscrit, dépressible (ou pseudo-lipome).

3^e Variété : œdème circonscrit, non dépressible ;

4^e Variété : lipome vrai du creux sus-claviculaire.

Le passage de l'œdème rhumatismal au pseudo-lipome avait du reste, été observé par Potain qui écrivait en 1882 (1) : « Un certain nombre de malades chez lesquels on constate des pseudo-lipomes, ont en même temps de l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané, sans aucune des causes d'œdème communément admises ; sans présenter ni maladie, ni faiblesse de cœur, ni gêne appréciable de la circulation pulmonaire, ni obstacle quelconque à la circulation veineuse périphérique, ni trace d'albumine, ni ombre d'état cachectique ; et il me paraît bien évident qu'on ne saurait séparer le pseudo-lipome de cet œdème à l'allure mobile avec lequel il était né.

» D'autre part, cette affection est étroitement liée à la diathèse rhumatismale ou gouteuse, de sorte qu'il est légitime de conclure que le pseudo-lipome est un œdème du tissu cellulaire graisseux qui se produit en des régions spéciales chez des sujets arthritiques. »

Comment peut-on s'expliquer le passage du pseudo-lipome à l'état de lipome ? Déjà en 1886, Chuffart (1) écrivait :

« Supposons que le rhumatisme détermine une lésion irritative dans un rameau nerveux, nous verrons apparaître un œdème localisé. Il y aura à la fois exsudat liquide plus ou moins abondant, diapédèse de globules, infiltration d'éléments dans le tissu cellulaire lâche. (C'est notre première variété : l'œdème rhumatismal).

» Puis il y aura infiltration œdémateuse individuelle des cellules conjonctives... (Nous avons alors la deuxième variété : le pseudo-lipome dépressible).

(1) Potain, *Gaz. hebd. de méd. et chirurgie*, octobre 1882, p. 688.

(1) Chuffart, Thèse d'agrégation, Paris, 1886, p. 155.

» Enfin, les éléments inflammatoires pourront subir une régression graduelle, disparaître en totalité ou en partie, mais après avoir imprimé à la cellule conjonctive pendant la période plus ou moins longue de leur existence les caractères cliniques du pseudo-lipome. (C'est notre troisième variété : le pseudo-lipome non dépressible).

» Enfin, ajoute Chuffart, il ne nous paraît pas improbable d'admettre que ces éléments puissent aboutir à la production d'un lipome vrai par un mécanisme analogue et par leur organisation en cellule adipeuse ».

Cependant, cette façon de passer du pseudo-lipome au lipome est loin d'avoir la rigueur d'une démonstration scientifique, aussi Chuffart a-t-il soin d'ajouter quelques lignes plus bas :

« Toutes les idées que nous venons d'exposer sur le mode de production probable du lipome ne constituent que des vues hypothétiques. Cependant, surtout en clinique, il est difficile de refuser à ce mode de raisonnement une valeur quelconque, car dans la plupart des maladies qui n'entraînent pas la mort du malade (et c'est le cas ici), et dans lesquelles, par conséquent, la preuve anatomique manque, la méthode critique que nous avons adoptée est la seule possible. » (1)

La preuve rigoureuse de la transformation du pseudo-lipome en lipome vrai devait être fournie quelques années plus tard, dans une note présentée par M. le professeur Potain, à la Société médicale des Hôpitaux, relativement à un malade de l'hôpital Necker, sur lequel la transformation fut suivie pas à pas sous le microscope. (2)

« Il se trouvait, dans une des salles de Necker, un vieillard

(1) Chuffart, *loc. cit.*

(2) Potain, *Société médicale des hôpitaux*, 10 juillet 1891. p. 371.

affecté de quelques troubles de santé assez insignifiants, mais qui présentait sur tout le corps un nombre considérable de petites tumeurs dont le volume variait de celui d'une noisette à celui d'une noix ; ces tumeurs siégeaient toutes dans le tissu cellulaire sous-cutané sans adhérer, en aucune façon, ni à l'aponévrose, ni à la peau ; leur consistance était élastique, relativement molle. Or il advint un jour un événement tout à fait extraordinaire. Le malade étant descendu au jardin et y étant demeuré longtemps assis sur un banc, par un temps frais et humide, fut pris de frissons et d'une douleur intense à la partie interne de la cuisse droite. Le lendemain, on trouva, à l'endroit même où la douleur avait siégé, une tumeur nouvelle relativement considérable et dont le volume approchait de celui d'une orange ; elle était indolente, libre sous la peau et au-devant de l'aponévrose. On était induit à présumer qu'il ne pouvait guère s'agir d'autre chose que d'une sorte de fluxion séreuse localisée dans le tissu cellulaire sous-cutané.

» Afin d'obtenir quelques éclaircissements de plus sur un fait aussi étrange, j'eus recours au harpon de Duchenne à l'aide duquel je relevais une parcelle microscopique dans le centre de la tumeur en entourant, bien entendu, cette petite opération de toutes les précautions d'antisepsie requise.

» J'en fis autant pour une des petites tumeurs anciennes, afin d'avoir un objet de comparaison.

» A l'examen des deux parcelles de tissu on trouva que la première, celle provenant de la tumeur récente, était formée de cellules adipeuses, serrées les unes contre les autres, volumineuses, pâles et très claires. L'autre contenait exclusivement les mêmes cellules, mais plus petites, moins claires. C'était donc bien une sorte de bouffissure du tissu cellulaire graisseux qui constituait la tumeur nouvelle.

» En vieillissant l'infiltration séreuse primitive était rem-

placée par une faible accumulation de graisse... Les anciennes tumeurs étaient des pseudo-lipomes. Quelques mois après le malade conservant ses tumeurs, fut pris d'une pneumonie à laquelle il succomba.

» L'examen des tumeurs fait après la mort ne montra rien autre chose que du tissu lipomateux ordinaire... Il s'agissait alors de lipomes vrais ». (1)

Ces faits montrent, à notre avis, d'une façon incontestable que les pseudo-lipomes symétriques appartiennent à une série nosologique, commençant à l'œdème rhumatismal pour aboutir au lipome vrai. Et maintenant, jetant un coup d'œil d'ensemble sur l'affection, nous pouvons en faire le schéma suivant :

Etiologie. — Les pseudo-lipomes affectent indistinctement les deux sexes, mais de préférence les femmes.

C'est une affection extrêmement rare, frappant surtout les neuro-arthritiques.

Pathogénie. — Les pseudo-lipomes sont dus à une transformation de l'œdème rhumatismal ; ils se transforment parfois eux-mêmes en lipomes vrais.

Symptomatologie. — Les pseudo-lipomes se présentent sous forme de petites tumeurs, molles, n'adhérant, ni aux aponévroses, ni à la peau, indolentes ; pouvant se trouver non-seulement dans le creux sus-claviculaire mais sur toutes les parties du corps.

Les pseudo-lipomes sont généralement disposés d'une façon symétrique.

(1) Ce cas est classé dans la thèse de Katzenillnbogen (obs. LV) comme un cas de « lipomes multiples symétriques ».

Diagnostic. — Le diagnostic différentiel doit être fait avec l'œdème rhumatismal et le lipome vrai.

L'œdème rhumatismal ne présente pas, en général, la fixité du pseudo-lipome, et est, de plus, moins bien délimité.

Le lipome vrai a une consistance plus dure, plus rénitente ; il est très nettement limité.

Pronostic. — Le pronostic est bénin, les pseudo-lipomes étant des tumeurs indolores et, en général, peu volumineuses.

Traitement. — Ce sera celui de l'affection causale, c'est-à-dire, dans la plupart des cas, celui du rhumatisme.

Contre les pseudo-lipomes eux-mêmes toute abstention est de règle, ces tumeurs étant absolument bénignes.

Après avoir montré la transformation de l'œdème rhumatismal en pseudo-lipomes ; après avoir montré que le pseudo-lipome peut quitter le creux sus-claviculaire et se présenter sur différents points du corps d'une façon généralement symétrique ; après avoir montré que les pseudo-lipomes peuvent se transformer en lipomes vrais, il est logique de faire l'étude de ces Lipomes Multiples Symétriques qui ont pendant si longtemps exercé la sagacité des cliniciens.

CHAPITRE II

DE LA LIPOMATOSE MULTIPLE SYMETRIQUE CIRCONSCRITE

Les anciens ont certainement connu le lipome. On le trouve sous des dénominations diverses qui s'appliquaient également à beaucoup d'autres tumeurs dont la classification était loin d'être établie. On l'a désigné sous les noms les plus divers : sous le nom d'abcès phlegmatique, sous le nom de sarcome : on l'a confondu avec les tumeurs sous-cutanées auxquelles on donnait le nom de mélicéris, d'athérome, de stéatome (1).

Ingrassias (2) enleva une tumeur sur les épaules d'un malade, cette tumeur était essentiellement composée de graisse et de chair ; il lui donna le nom de « natte » sans y insister d'une façon particulière. Et Morgagni (3) en rapportant ce fait, prétend que c'est un des premiers cas où la tumeur était essentiellement formée par de la graisse véritable. C'est Littre (4) qui le premier, en 1709, propose le mot de lipome

(1) Marçais, Thèse Paris, 1894.

(2) J.-P.-H. Ingrassias, *De tumoribus præter naturam*, t. I. Neapoli, 1553.

(3) Morgagni, *Epist.*, 50-22.

(4) Littre, Sur trois espèces de loupes et sur une quatrième établie. Paris, 1709.

(de λίπος = graisse) pour ces sortes de tumeurs. Mais ce mot ne fit pas fortune et la plupart des auteurs de la même époque conservent le nom de stéatome que l'on donnait autrefois à ce genre de tumeurs ; et même au début de ce siècle Kuysch, Boyer, Delpech ont encore des idées très confuses sur les tumeurs graisseuses ; et il faut arriver jusqu'en 1854 pour que Verneuil (1) en fixe définitivement l'anatomie pathologique.

Puis Huguier (2) apporte le premier à la Société de chirurgie un cas de lipomes multiples, après lui, Foucher, Mathieu, Holgmann apportent des cas analogues. P. Broca (3) dans son traité sur les tumeurs, s'étend longuement sur les « lipomes multiples ». Enfin, en 1885 et 1886, M. le docteur A. Mathieu (4) rattache les lipomes multiples aux pseudo-lipomes de Verneuil et Potain.

A l'étranger, ces faits si curieux étaient étudiés par Bland-Sutton (5), Baker et Bowlby (6), en Angleterre, par Henrich-Kisch (7) et Madelung (8) en Allemagne. Nous donnons ci-après les observations publiées en France et à l'étranger sur la « Lipomatose multiple et symétrique ». Elles sont relativement peu nombreuses, et encore devons-nous faire remarquer que lorsqu'en 1898, MM. Launois et Bensaude

(1) Verneuil, Société de biologie, 1854.

(2) Huguier, Société de chirurgie, 1855.

(3) Broca, *Traité des tumeurs*, t. II, p. 375.

(4) Mathieu, *Arch. gén. de médecine*, 1884, p. 5, et 1885, vol. I, p. 656, vol. II, p. 171.

(5) Bland-Sutton, Société royale de méd. et chirurgie de Londres, 1885.

(6) Baker et Bowlby, Société royale de méd. et chirurgie de Londres, 27 octobre 1885.

(7) Henrich-Kisch, *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1886.

(8) Madelung, *Archiv. f. klin. Chirurg.*, t. XXVII, p. 106, 1888.

firent paraître leurs travaux sur « L'adéno-lipomatose symétrique à prédominance cervico-faciale » ils revendiquèrent pour leur affection un certain nombre de cas, affirmant que ce serait à tort qu'on les considérât comme des cas de lipomatose multiple. Nous exposerons dans le courant de ce travail notre opinion sur les affirmations de MM. Launois et Bensaude, mais c'est là un des faits qui nous montrent combien grande est l'analogie entre la « lipomatose multiple et symétrique » avec l'adéno-lipomatose symétrique à prédominance cervico-faciale ».

Observations Françaises

OBSERVATION XV

Huguier. — Bulletin de la Société de Chirurg. (1)

Le 25 octobre 1854, est entré à l'hôpital Beaujon, le nommé C..., âgé de 56 ans, paveur à Paris. Il y a six ans, au milieu d'une santé excellente, il fit une chute et six semaines après il s'aperçut de la formation d'une tumeur vers les insertions supérieures des muscles postérieurs du cou. Cette tumeur a toujours grossi et n'a pas tardé à être accompagnée de beaucoup d'autres qui sont venues insensiblement et dont plusieurs ont atteint un volume considérable. Elles ont tous les caractères du lipome. Leur nombre est considérable. *Il y en a sur presque tout le corps, aux trones et aux membres. Une remarquable symétrie s'observe dans leur distribution.* Cet homme, du reste, n'en éprouve aucun dérangement. Le nombre de ces lipomes s'élève à environ une quarantaine:

(1) Huguier, *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1885, p. 296.

OBSERVATION XVI

Darbez. — Thèse Paris, 1868 (1)

N... eut à la hanche un lipome qui lui fut enlevé en 1823, par Beauchêne ; ce lipome pesait 2.500 grammes. Cicatrisation régulière et très belle.

Cinq mois après, le malade vit sur toute la surface de son corps se développer un grand nombre de tumeurs lipomateuses que l'on eut la patience d'énumérer. Or, voici le résultat :

A la tête et au cou.....	280
Sur le tronc.....	964
Aux membres inférieurs.....	370
Aux membres supérieurs.....	266
Soit en tout.....	2080 tumeurs

Comme volume, depuis le haricot jusqu'à l'œuf de poule, c'était une véritable diathèse lipomateuse.

Mort par cachexie. A l'autopsie on trouva des masses graisseuses disséminées dans les divers organes splanchniques.

OBSERVATION XVII

Darbez. — Thèse Paris, 1868 (2)

D... Georges, 68 ans. Antécédents héréditaires et personnels nuls. Le sujet est porteur de plus de 200 tumeurs, qui

(1) Darbez, Thèse : Des lipomes multiples. Paris, 1868.

(2) Darbez, Thèse Paris, 1868, *loc. cit.*

affectent surtout au niveau des membres supérieurs et inférieurs une réelle symétrie.

OBSERVATION XVIII

Faucher. — *Gazette des Hôpitaux* (1)

X..., marchand de vin, 38 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu. Pas d'antécédents. Le sujet est porteur de 12 lipomes parfaitement symétriques, à la nuque, à l'épigastre, et à la région dorso-lombaire. L'homme sollicitait une intervention chirurgicale à laquelle Foucher ne voulut pas consentir.

Pour suivre l'ordre chronologique des observations françaises relative à la lipomatose multiple et symétrique, nous devrions relater le cas de Mathieu qui est classé par certains auteurs notamment par Katzenillnbogen (2) dans cette catégorie. Ce cas fait l'objet de l'observation IX de notre thèse, car, à notre avis, la description du cas répond bien davantage à la pseudo-lipomatose qu'à la lipomatose symétrique. C'est du reste, aussi l'avis de M. Bucquoy qui, s'occupant de la question à la Société médicale des Hôpitaux, le 19 juin 1901, dit en parlant de ce cas de Mathieu :

« Ce cas diffère un peu des différents cas de lipomatose multiple, quant au siège des tumeurs et quant à leur développement. Il s'en rapproche par la nature des tumeurs et leur symétrie. »

(1) Faucher, *Gazette des Hôpitaux*, 1863.

(2) Katzenillnbogen, Thèse Paris, 1892.

OBSERVATION XIX

D^r Lardier. — Revue médicale de l'Est (1)

Il s'agit de deux familles apparentées : un frère et une sœur épousent un frère et une sœur. La mère de la première famille est fille d'une femme lipomateuse ; elle est atteinte de lipomes multiples et d'obésité ; elle a deux filles, dont l'une a des coliques hépatiques, l'autre des lipomes multiples.

Dans l'autre famille il y a eu sept enfants : trois garçons, tous eczémateux, et quatre filles, toutes atteintes de lipomes.

OBSERVATION XX

D^r Boucher. — France médicale (2)

Mme N..., 55 ans ; mère goutteuse.

Antécédents personnels. — Rien jusqu'à la ménopause survenue en 1886. Alors apparaissent subitement 2 tumeurs du cou. En 1897 : deux nouvelles tumeurs symétriques au dos de la main ; et vers la fin de cette même année deux semblables se montrent en arrière des malléoles externes. En 1888, deux tumeurs nouvelles au pli du jarret.

Un peu plus tard se montrent des phénomènes de rhumatisme chronique au genou.

(1) D^r Lardier, *Revue médicale de l'Est*, 1884, p. 273.

(2) D^r Boucher, *France médicale*, 1889.

•
OBSERVATION XXI

Bucquoy. — Société médicale des hôpitaux, juin 1891.

Homme de 51 ans, commissionnaire, entre pour une sciati-que gauche.

Antécédents personnels. — Syphilis ancienne guérie.

Le malade présente au-dessous de la mâchoire inférieure un vaste double menton. En arrière et sur les côtés du cou, on trouve une sorte de collier de lipomes séparés par des sillons. C'est vers 1875 que son cou a commencé à grossir d'une façon lente et progressive, en même temps d'autres tumeurs se développaient sur le reste du corps. Les caractères physiques de ces tumeurs ne laissent aucun doute sur leur nature : ce sont des lipomes. Leur volume varie depuis celui d'une mandarine à celui d'une orange. Leur disposition est symétrique. Outre les tumeurs du cou, on en trouve à la partie antérieure du tronc, aux lombes, au scrotum, aux bras. On n'en trouve aucune aux membres inférieurs.

Bien que je ne sois pas disposé autant que mon collègue, M. Mathieu, à identifier les lipomes multiples et symétriques avec l'ardème rhumatismal ou pseudo-lipome si bien étudié par notre collègue M. le professeur Potain, *il est indiscutable que ces affections ont une parenté étroite*, et que l'origine névropathique des lipomes multiples et symétriques ne saurait pas plus être mise en doute que l'origine des pseudo-lipomes. L'origine nerveuse de l'affection lipomateuse dont je viens de présenter un si remarquable exemple, me paraît surtout démontrée par l'identité presque complète de tous ces

(3) Bucquoy, Société médicale des Hôpitaux, juin 1891.

faits, sous le rapport de la localisation des masses graisseuses sur les différentes parties du corps et par la disposition symétrique qu'elles affectent .»

OBSERVATION XXII

Bouju. — Thèse (1)

Homme, 52 ans. A. H. Père alcoolique. Mère rhumatisante.

A. P. Migraine, calvitie, diplopie passagère. Actuellement tabès. A 28 ans apparaît une tumeur à la nuque, puis un collier de lipomes au cou. Lipomes symétriques à la nuque, à l'omoplate, sur le thorax, aux épaules, aux bras au pli du coude, au niveau de l'anneau inguinal, dans le triangle de Scarpa.

OBSERVATION XXIII

Rendu. — Société médicale des hôpitaux (2)

Un homme de 51 ans, entre à l'hôpital Necker pour un retrécissement mitral manifeste. En 1875, à la suite d'attaques de rhumatisme le malade a constaté l'apparition de nodosités sous-cutanées qui se sont depuis multipliées.

Cet homme est porteur de lipomes multiples disséminés sur les membres supérieurs et inférieurs. On n'en trouve ni sur le tronc, ni au cou, ni à la face.

(1) Bouju, Thèse Paris, Observation I, p. 27.

(2) Rendu, Société médicale des Hôpitaux, 25 mars 1892, p. 199.

OBSERVATION XXIV

Antony. — Société médicale des Hôpitaux, 1892 (1). Planche 1

Soldat de la légion étrangère, 45 ans, entré au Val de Grâce pour des fièvres intermittentes et bronchites. A. P : blennorrhagie, paludisme, alcoolisme, œdème des membres inférieurs, troubles gastriques, athérome artériel, varices.

Nombreux lipomes symétriques à la moitié inférieure du tronc, aux avant-bras, aux cuisses. Plaques lipomateuses symétriques aux plis fessiers.

Les tumeurs ont commencé à se montrer à l'âge de 18 ans, avant aucune des nombreuses maladies postérieures. Une tumeur extirpée a montré la structure du lipome.

OBSERVATION XXV

Dr Dartigolle, de Villaudrant [Gironde] (2)

Femme de 21 ans. Père névropathe, mère excentrique.

Antécédents personnels. — Dermatoses, migraines, sciatique, troubles de la menstruation.

Etat actuel. — Face déformée par des tumeurs siégeant sur sa surface. Encolure énorme. Tumeurs volumineuses à la nuque, à la partie interne et supérieure des cuisses, aux lombes.

Nota. — Ce cas est un de ceux revendiqués par MM. Lannois et Bensaude comme étant un cas d'adéno-lipomatose à prédominance cervico-faciale.

(1) Antony. Société médicale des Hôpitaux, 18 mars 1892, p. 179.

(2) Dr Dartigolle, Société médicale des hôpitaux, 10 juillet 1891, p. 375.

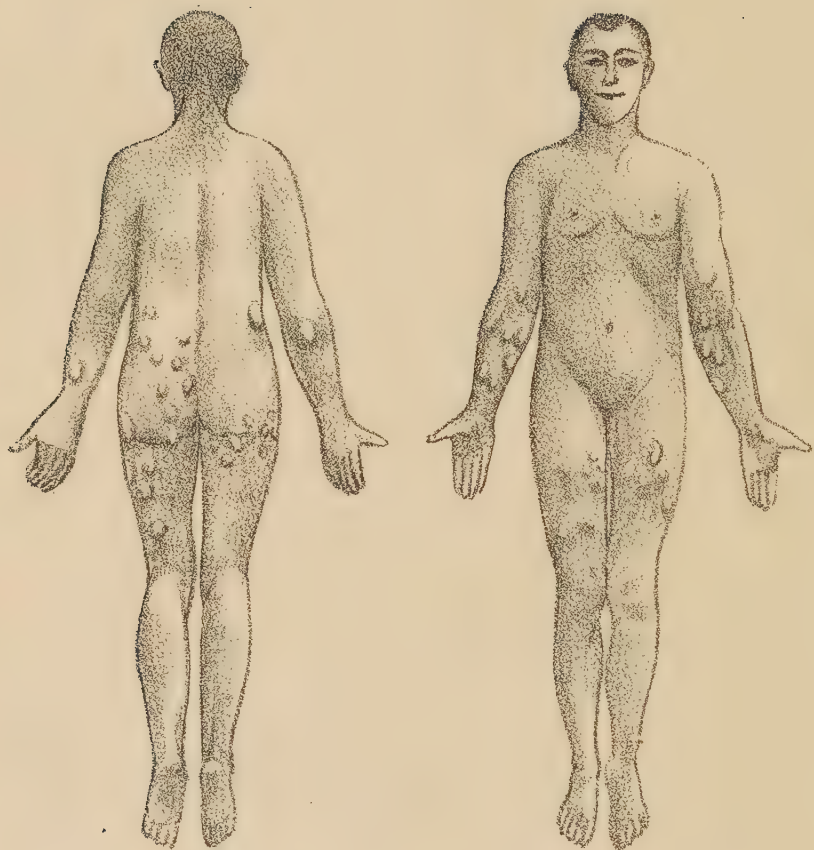


Planche n° 1

Lipomatose Symétrique Multiple

Cas d'Antony. — Malade présenté à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,
le 18 mars 1892. — Observation XXIV

OBSERVATION XXVI

Dr Paton. — Bulletin de la Soc. méd. de Rouen, 1894 (1)

Un cas de lipomes multiples et symétriques chez un aliéné. Le 27 août dernier entra à l'asile de Quatre-Mars le nommé P..., âgé de 52 ans. Dès son entrée, il se met à crier : « C'est moi l'homme nourrice qui ai donné à téter à plus de 10.000 personnes, j'ai nourri Carnot et tous les grands hommes. »

Et tout en parlant, P... exhibait aux employés stupéfaits deux énormes tumeurs placées dans la région mammaire, absolument semblables à première vue à deux seins de femme suffisamment développés et flasques. P... était un mégalo-mane avec idées de grandeur et de richesse. On n'a rien pu savoir sur ses antécédents. Outre ces deux volumineux lipomes, on en comptait sur son corps 35 autres qui, à l'exception d'un seul situé dans la région dorso-lombaire à cheval sur la ligne médiane, étaient parfaitement symétriques. Ils étaient disposés aux hanches, aux reins, à la région supéro-interne des cuisses, au creux poplité, à l'angle inférieur des omoplates. Ils s'étaient tous développés dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Quelque temps après on eut l'occasion de faire son autopsie et on ne trouva aucune trace de lipome dans les viscères ni dans le péritoine.

(1) Dr Paton, Soc. méd. de Rouen, 1894, p. 24.

OBSERVATION XXVII

Cargowla. — *Ann. méd. psychol.* (1).

Homme de 42 ans : paralytique général ; père alcoolique.

Lipomes nombreux et symétriques au cou, au tronc et à la face.

OBSERVATION XXVIII

Siredey. — *Société des hôpitaux* (2).

Homme de 48 ans entre à l'hôpital pour rhumatisme articulaire subaigu et aortite chronique. Il présente de plus de nombreux lipomes symétriques.

Au cou, on trouve un manchon graisseux enveloppant les épaules ; nombreux lipomes aux bras, au thorax, aux mamelles, à l'abdomen. Les jambes offrent par leur aspect grêle un contraste frappant avec les cuisses. Les lipomes ont débuté, il y a 17 ans, au cou ; ils n'ont jamais causé de douleurs.

OBSERVATION XXIX

Katzenillnbogen. — *Thèse* (3).

Femme X..., 50 ans, entre le 1^{er} avril 1895 dans le service de M. Gérard-Marchant. Elle présente quatre tumeurs symétriques : deux à la face interne des genoux, deux aux fesses.

(1) Cargowla, *Ann. méd. psychol.*

(2) Siredey, *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 30 juin 1892.

(3) Katzenillnbogen, *Thèse Paris*, 1895.

Ces tumeurs sont de consistance molle et siègent dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Ce qui frappe, c'est leur disposition, leur multiplicité, leur symétrie.

La femme était entrée à l'hôpital pour tabès.

A l'étranger, en Angleterre, en Allemagne, en Autriche, en Russie, des travaux importants étaient faits sur cette question, et ci-après nous donnons les observations étrangères qu'il nous a été possible de rassembler.

Observations Anglaises

OBSERVATION XXX

Holgmänn.— *The Lancet* (1)

Jeune fille de 12 ans, dont le cou se mit à grossir d'une façon anormale.

Holgmänn porte le diagnostic de lipomes comprimant les voies aériennes, et les traite par une solution de potasse trois fois par jour.

OBSERVATION XXXI

Backer-Bowlby. — *Med. chir. Trans.* (2)

Trois cas se rapportant à des hommes de 30 à 45 ans, alcooliques, porteurs de lipomes siégeant à la nuque, au cou et aux lombes. La nature des tumeurs est reconnue histologi-

(1) Holgmänn, *The Lancet*, 31 mai 1873.

(2) Marrant Backer et Anthony Bowlby, *Medico-chir. Transactions*, vol. LIXX, p. 41.

quement par Hutchinson et Mac-Cormac. Les auteurs attachent une certaine importance au développement de ces tumeurs dans des régions abondamment pourvues de ganglions lymphatiques.

OBSERVATION XXXII

Clutton.— Saint-Thomas Hospitals Reports (1)

Trois cas de lipomes multiples.

Le premier concerne une femme de 43 ans qui présente sur ses deux avant-bras des tumeurs sous-cutanées facilement délimitables et dans un arrangement rigoureusement symétrique. Il existe des tumeurs sur les faces ventrale et dorsale des avant-bras.

Le deuxième concerne une femme de 48 ans, dont l'état de santé habituel est bon et qui présente sur les deux avant-bras un grand nombre de tumeurs symétriques, plus un gros lipome médian au dos.

Le troisième concerne un homme de 44 ans présentant un grand nombre de lipomes, disposés symétriquement à la nuque, au dos et dans la région lombaire.

On n'en trouve pas au niveau des membres.

OBSERVATION XXXIII

Smith.-- British med. Journ. (2)

Homme de 62 ans. Forte constitution. Présentant des lipomes multiples symétriques sur les extrémités et sur l'abdomen.

(1) Clutton, *St-Thomas Hospitals Reports*, 1879, vol. X, p. 69.

(2) Smith, *British med. Journ.*, 1881, vol. I, p. 193.

OBSERVATION XXXIV

Prichard. — *British. med. Journ.* (1)

Sans indication d'âge ni de sexe : 10 lipomes symétriques existant, sur chaque bras, 1 à l'insertion du deltoïde, 1 sur le condyle interne de l'humérus, 2 sur chaque avant-bras et 1 sur chaque cuisse.

OBSERVATION XXXV

Blizard-Curling. — *Med. chir. Trans.* (2)

Fille de 10 ans ; aspect idiot ; adipose générale. L'enfant présente deux tumeurs symétriques en dehors des sterno-mastoïdiens et deux tumeurs semblables aux aisselles.

Mort par érysipèle. Autopsie : aucune trace de glande thyroïde. Les tumeurs sont des lipomes encapsulés.

Observations Allemandes

OBSERVATION XXXVI

Ehrenwall. — *Deutsche Zeitschrift für chir.* (3)

Homme de 40 ans, alcoolique. Il y a deux ans, a découvert une petite tumeur sur le sternum, puis dans les deux plis inguinaux, puis à la nuque. « Puis les tumeurs se sont mises à pousser, en même temps il-en est sorti d'autres. »

(1) Prichard, *British med. Journ.*, 1881, vol. I, p. 271.

(2) Blizard-Curling, *Med. chir. Trans.*, vol. XXXIII.

(3) Ehrenwall, *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. XXXVIII, p. 101.

A son entrée à la clinique, le malade présente autour du cou un collier graisseux formé par plusieurs lipomes. On sent des masses analogues dans chaque biceps. Triple menton. Quelques tumeurs au dos. Tuméfaction diffuse, composée d'une multitude de petites tumeurs confluentes sur l'abdomen.

Le malade subit une diète sévère. L'obésité alors diminue en même temps que les lipomes diminuent également.

OBSERVATION XXXVII

Bryck.— Archiv. fur. klin. chir. (1)

Homme de 43 ans. Tumeurs multiples et symétriques. Collier au cou. Nuque et tronc également envahis. Ablation d'une partie de la tumeur cervicale.

A l'examen histologique, lipome encapsulé.

OBSERVATION XXXVIII

Extrait du 59^e Congrès des médecins allemands

Volkman présente un malade porteur de lipomes symétriques sur les deux grands trochanters.

Kuster présente un malade atteint de lipomes symétriques du cou et de la nuque.

Bramann présente un malade atteint de lipomes symétriques aux épaules, aux bras, au ventre, aux cuisses.

(1) Bryck, *Archiv für klin. Chir.*

OBSERVATION XXXIX

Jentch. — Deuts. Zeitsch. für chir. (1)

Homme, 32 ans, né à Saint-Martin (Indes occidentales).

Antécédents personnels. — Fièvres intermittentes graves, béri-béri, blennorrhagie. Etat général mauvais, sujet émacié.

Présente sur chaque avant-bras, une tumeur formée dans le tissu conjonctif grosse comme une pièce de 2 marks, n'adhérant ni à la peau ni aux parties profondes. On trouve des tumeurs analogues, également symétriques, à la hauteur du grand trochanter.

OBSERVATION XL

De Wahl. — Clin. chir. de Dorpat (2)

De Wahl présente trois cas de lipomes multiples.

Dans le premier cas, il s'agit d'un vigoureux paysan de 46 ans qui présente un lipome sur chaque bras, un sur chaque avant-bras, douze dans un ordre symétrique de chaque côté de la ligne blanche, huit aux deux cuisses.

Une tumeur extirpée et examinée histologiquement a été reconnue être du lipome pur. Le malade ne sait rien sur l'apparition et le développement de ces tumeurs ; il est du reste venu se faire soigner pour une plaie pénétrante du genou.

Dans le deuxième, il s'agit d'un homme de 63 ans. Antécédents héréditaires nuls. Le sujet présente depuis dix ans des lipomes multiples symétriques : 16 à l'abdomen, 4 aux cuisses,

(1) Jentch, *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, B. XXXIII.

(2) De Wahl, Clinique chirurgicale de Dorpat. *Deutsche Zeit. f. Chir.*, t. XXVI.

deux à l'avant-bras. Consistance élastique, structure lobuleuse.

Dans le troisième, il s'agit d'un homme de 45 ans, présentant sur le corps des lipomes multiples et symétriques. On en trouve 96 sur le tronc, 4 aux cuisses et 6 aux bras. Leur grosseur variait depuis celle d'un pois à celle d'un œuf de pigeon. Leur existence avait été remarquée il y a 13 ans. Pannicule adipeux généralement moyen.

(OBSERVATION XLI

Laskarides. — Dissert. inaug. (1)

Deux observations de lipomes multiples. Homme de 38 ans, alcoolique, présentant deux tumeurs lipomateuses au niveau des apophyses mastoïdes.

La deuxième a trait à un homme de 32 ans, présentant au cou un collier formé d'un grand nombre de tumeurs confluentes et des lipomes symétriques de chaque côté de la colonne vertébrale.

OBSERVATION XLII

Madelung. — Arch. für klin. chir. (2) (3 cas)

Homme de 53 ans entre à la clinique de Rastock pour un épithélioma de la langue. Pas d'antécédents. Présente depuis douze ans des lipomes symétriques à la nuque.

(1) Laskarides, Dissert. inaug. *Ueber symmetrische Lipome*, Strassburg, 1878.

(2) Madelung, Ueber den Fetthals. *Archiv. für klin. Chirurgie*, Bd. XXXVII.

Homme de 66 ans, tabétique, présente depuis vingt ans des lipomes symétriques sous les oreilles d'abord, puis à la nuque.

Homme, 59 ans, présentant plusieurs lipomes symétriques aux bras et au tronc.

OBSERVATION XLIII

Rüdel. — Deuts. chir. de Kœnig (1)

Homme de 63 ans, tumeurs symétriques au cou, à la nuque et dans les fosses sus-claviculaires.

OBSERVATION XLIV

Henningsen. — Dissert. inaug. (2)

Homme, 50 ans, syphilitique, alcoolique ; lipomes symétriques au cou, au ventre, à la nuque, aux bras, au dos.

OBSERVATION XLV

Buchterkirch und Bumke. — Berlin-Klin. Wochens. (3)

R..., ouvrier, 36 ans, bien portant ; tombe le 13 avril 1886 de la hauteur de quatre mètres et demi. Perte de connaissance, perte de motilité et de sensibilité dans les membres inférieurs.

Sous les yeux des médecins traitants se développent en peu de jours une série de lipomes symétriques au niveau des mem-

(1) Rüdel, in *Deutsche Chirurgie de Kœnig*, livraison 36.

(2) Henningsen, Dissert. inaug. Kiel, 1888.

(3) Buchterkirch und Bumke, *Berliner klin. Wochenschrift*, 1887, p. 634.

bres. Plus tard se développent d'autres tumeurs aux clavicules, dans la fosse sus-épineuse et dans l'intérieur du deltoïde.

OBSERVATION XLVI

Schmidt. — Société médicale de Munich (1)

Schmidt présente un homme de 50 ans, porteur de volumineux lipomes symétriques. Ils avaient pris naissance au niveau de la nuque. Les épaules semblent fortement élargies par des masses énormes lobées se prolongeant jusque vers le milieu du bras. Les avant-bras, fort grêles, contrastent d'une façon frappante avec l'élargissement de la racine des membres supérieurs. Il en est de même aux jambes où l'on voit des masses plus grosses qu'un œuf d'autruche.

Sur l'abdomen et le thorax, on trouve de nombreuses tumeurs bien limitées. Ces tumeurs ne causant aucun inconvénient grave, le traitement demeure expectant.

OBSERVATION XLVII

Kœttnitz. — Deutsche Zeits. für chir. (2). Planche n° 2

Femme, 50 ans environ, présente dans la région lombaire, à droite et à gauche, deux amas graisseux reconnus comme étant composés de plusieurs tumeurs plus petites, confluentes, leur nombre ne peut être compté exactement. La paroi abdominale en renferme un grand nombre symétriquement disposées. Les cuisses contiennent deux tumeurs chacune grosse comme la moitié d'une tête d'adulte.

(1) Schmidt, Société médicale de Munich, Bulletin de 1894, p. 525.

(2) Kœttnitz, *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. XXXVII.



Planche n° 2

Lipomatose Multiple Systématique

Malade de Koettnitz, — (Deutsche Zeitschrift für chirurgie, t. xxxviii)

Observation n° XLVII

Les bras sont libres, les avant-bras sont littéralement recouverts de tumeurs. Toutes ces tumeurs sont des lipomes.

OBSERVATION XLVIII

Dr Frith Langer.— Archives de Langenbeck (1)

Le premier cas est relatif à un paysan de 36 ans, sans antécédents, présentant un collier de lipomes au cou, des lipomes symétriques à la nuque, au niveau des vertèbres dorsales, aux mamelles, au niveau du pubis.

Le deuxième cas est relatif à une femme de 55 ans, présentant depuis six ans une éruption de lipomes : d'abord aux épaules, puis à la nuque, ensuite au niveau de l'abdomen et des cuisses.

Le troisième cas est relatif à un homme de 45 ans, qui vit, il y a quatre ans, se développer des tumeurs symétriques au niveau du cou, puis derrière les oreilles, puis aux épaules, enfin au niveau des bras.

Le quatrième cas est relatif à un homme de 46 ans, qui vit apparaître quatre lipomes circonscrits au niveau de la nuque, deux au bras, *ensuite une couche graisseuse hypertrophique au niveau de l'hypogastre.*

Le cinquième cas est relatif à un homme de 34 ans, ayant un phlegmon carotidien qui nécessite la trépanation de l'apophyse mastoïde. Quelque temps après apparut un lipome derrière les oreilles. Actuellement, le malade en présente au niveau du cou et de l'abdomen.

Le sixième cas est relatif à un homme de 49 ans, chez qui

(1) Dr Fritz Langer, *Langenbeck's Archiv für Chirurgie*, 1893, t. XLVI.

les tumeurs ont débuté symétriquement sous le menton et ont ensuite envahi le cou et les épaules.

OBSERVATION XLIX

Stoll.— Beiträge zur chir. von Brüns (1)

Il s'agit d'un homme de 33 ans. La mère porte depuis 10 ans une tumeur non douloureuse dans l'épaule. Son oncle porte également plusieurs tumeurs disposées comme chez notre malade, c'est-à-dire au niveau de la nuque. Extirpation au bistouri.

A l'examen histologique, il s'agit d'un petit lipome diffus.

Deux ans après, le malade revient pour une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule siégeant au niveau du cou. Cette tumeur est également enlevée.

Observation Autrichienne

Nous n'avons pu en trouver qu'une seule.

OBSERVATION L

Carl Fieber.— Zeitschrift für chir. (2)

Il s'agit d'une femme de 34 ans, présentant sur les deux membres supérieurs une tumeur ovoïde recouvrant toute la région de l'omoplate et l'articulation de l'épaule, le tiers ex-

(1) Stoll, *Beitraege zur Chirurgien von Brüns*, 1892, p. 609.

(2) Carl Fieber, Privatdocent à Vienne, *Zeitschrift für Chir.*, Bd. XIV, S. 361.

terne de la clavicule et les deux tiers supérieurs du bras. La force musculaire et la sensibilité sont intactes ; les mouvements sont diminués, surtout ceux d'élévation. On trouve, en outre, deux tumeurs semblables à l'angle de l'omoplate de chaque côté de la colonne vertébrale. La malade ne peut donner aucun renseignement sur l'apparition de ces tumeurs.

Observations Russes

OBSERVATION LI

Tikhoff. — Medizinsk Obozrenjé (1)

Paysan de 43 ans, entre pour une fracture de côte. La mère du malade serait, paraît-il, atteinte de tumeurs multiples et symétriques : cinq sur chaque avant-bras et plusieurs aux cuisses.

A l'âge de 25 ans, à la suite d'un travail forcé, le malade aurait vu, sans aucune douleur ni autre phénomène, apparaître sur les deux avant-bras, puis sur le dos et les cuisses, des tumeurs multiples.

OBSERVATION LII

Tcherkasoff. — Wratchebnia Zapiski (2)

Il s'agit d'un malade tabétique. A la suite des douleurs fulgurantes apparurent en des points symétriques des avant-bras de petites tumeurs lipomateuses. Ensuite, des tumeurs analogues se développèrent aux lombes et aux cuisses.

(1) Tikhoff, *Medizinsk Obozrenjé*, t. XLII, n° 18.

(2) Tcherkasoff, *Wratchebnia Zapiski*, 23 mars 1895.

Leur volume variait depuis celui d'une noisette à celui d'un œuf de pigeon.

La coïncidence du début de la lipomatose avec les douleurs fulgurantes fit rattacher cette lipomatose à l'ataxie locomotrice dont elle ne serait qu'un des troubles trophiques au même titre que les diverses arthropathies.

L'hypothèse de l'origine nerveuse de cette lipomatose était corroborée par ce fait que les tumeurs suivaient nettement le trajet des nerfs.

Il nous est maintenant possible, à l'aide de ces diverses observations, de tracer à grands traits l'allure clinique de cette affection.

ETIOLOGIE

Ainsi qu'on a pu le voir par ces nombreuses observations, les lipomes multiples et symétriques sont des tumeurs relativement fréquentes. D'une manière générale, on peut dire que l'affection se rencontre surtout chez la femme. Ces tumeurs sont des tumeurs de l'âge adulte : on les rencontre entre 20 et 50 ans.

Ces tumeurs ne sont pas héréditaires, dit Bouju (1) ; il nous semble, au contraire, qu'il y a suffisamment de cas probants dans les observations relatées plus haut, pour que l'on puisse admettre que l'hérédité a, au contraire, quelque chose à voir avec les lipomes symétriques.

Il est avéré de plus que les rhumatisants fournissent un fort contingent à la liste des malades atteints de lipomes multiples, et, quand nous disons rhumatisants, nous entendons aussi les

(1) Bouju, Thèse Paris, 1892.

goutteux, les arthritiques, etc., en un mot, tous ces tarés que le professeur Bouchard appelle « les ralentis de la nutrition. »

A côté de l'arthritisme, il est une autre manifestation morbide que l'on rencontre aussi chez le lipomateux, c'est l'alcoolisme.

Enfin, on trouve fréquemment des affections nerveuses : la paralysie générale (Cargowla), le tabès (Alb. Mathieu, Tcherkasoff), la sciatique (Mathieu, Bucquoy, etc.).

Il est encore un facteur étiologique, que nous ne citerons que pour mémoire, parce que nous l'avons observé dans quelques cas : c'est le traumatisme. Avec les divers auteurs qui se sont occupés de ces questions, nous n'y attachons qu'une importance relative.

PATHOGÉNIE

Quelques auteurs du siècle passé avaient sur les causes des lipomes des idées ayant probablement pris naissance dans la théorie de G. Hunter sur la sécrétion de la graisse. Cet anatomiste admettait, en effet, un appareil glanduleux destiné à sécréter la graisse. Si la sécrétion de cet organe venait à être augmentée, il s'ensuivait un développement considérable de graisse et la production d'une tumeur.

Actuellement, on ne peut admettre une pareille théorie basée sur une erreur anatomique.

Morgagni et Girard admettaient que les lipomes étaient dus au relâchement de la peau, surtout s'il s'y joint une compression des petites veines qui reportent la graisse ; ou des ouvertures qui la transmettent dans les cellules voisines, de telle sorte qu'il se forme un amas excessif de graisse qui s'épaissit de jour en jour.

Avec P. Broca (1) apparaît la théorie de la diathèse lipomateuse, théorie à laquelle se rangea Cruveilhier (2). Darbez (3), dans sa thèse inaugurale, soutient également cette opinion et dit que la multiplicité de ces tumeurs provient d'une diathèse hypertrophique portant sur l'ensemble du système adipeux.

Virchow n'admit pas la théorie de la dyscrasie lipomateuse et croit qu'il y a seulement néo-formation de cellules adipeuses par transformation des cellules du tissu conjonctif voisin, dans lequel il se serait développé un état d'irritation.

Enfin, pour avoir une conception nette de la pathogénie des lipomes, il faut arriver à 1882, époque à laquelle Potain a l'occasion de constater anatomiquement que l'œdème pseudo-lipomateux peut s'organiser et passer à l'état de véritable lipome par transformation adipeuse des cellules conjonctives de l'hypoderme.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Aspect macroscopique. — Nous avons déjà vu le pseudo-lipome se présenter comme une variété d'œdème.

A côté, nous avons le lipome ordinaire qui apparaît comme une masse graisseuse encapsulée.

Entre les deux formes précédentes se trouve le lipome diffus : ses limites se confondent avec le tissu cellulaire environnant. Il est formé à la coupe d'un tissu mollasse de coloration légèrement jaunâtre, présentant par place une lobulation assez nette.

(1) P. Broca, *Traité des tumeurs*, t. II, p. 376.

(2) Cruveilhier, *Traité d'anat. pathol.*, t. III.

(3) Darbez, Thèse Paris, 1868.

Aspect microscopique. — On connaît la structure du lipome vrai. C'est celle du tissu adipeux. Trois éléments prennent part à sa constitution : la cellule adipeuse plus grande qu'à l'état normal, le faisceau conjonctif et l'élément vasculaire. La prédominance du tissu conjonctif crée une variété : le lipome fibreux. Le développement exagéré des vaisseaux en crée une autre : le lipome télangiectasique. Généralement, les cellules du lipome ont la structure des cellules adipeuses normales, elles sont seulement plus grandes.

Quant au lipome diffus, son histologie est bien connue depuis V. Marçais. Nous aurons, du reste, l'occasion d'y revenir dans un des chapitres suivants.

SYMPTOMATOLOGIE

Le début de l'affection est le plus souvent insidieux. Les malades s'aperçoivent un jour qu'il existe sur un point de leur corps un gonflement mou, mal limité, sans douleur à la pression, sans changement de coloration de la peau. Interrogeant alors le reste de leur individu, ils découvrent sur un point symétrique une autre tumeur à peu près du même volume, quelques-uns en trouvent un certain nombre à la fois. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et comme nous le trouvons indiqué dans différentes observations (Desnos, Mathieu, Potain, etc), l'apparition des tumeurs peut être précédée ou accompagnée de douleurs névralgiques ou rhumatismales, mais c'est là un fait particulier, et il arrive le plus souvent que le malade ignore pendant longtemps la présence de ces tumeurs multiples.

Les tumeurs ainsi apparues présentent un certain nombre de caractères spéciaux. Elles forment des tumeurs généralement mal limitées, se confondant avec le tissu cellulaire sous-

cutané environnant, sans ligne de démarcation bien nette. Ces tumeurs sont rarement fermes, elles ont généralement un caractère de fausse fluctuation qui leur est propre. Elles rentrent dans la catégorie des lipomes appelés par les cliniciens lipomes mous. La peau, au-dessus de la tumeur est saine et sans changement autre de coloration que celui de la région et ne présente aucune altération. Si on prend le lipome entre les mains, il se déplace en masse; on peut même lui imprim~~er~~ souvent, pour peu que la tumeur soit volumineuse, une sorte de ballottement. En un mot, les caractères du lipome symétrique sont intermédiaires entre ceux des lipomes diffus et des lipomes encapsulés.

L'ordre d'apparition des lipomes symétriques est différent suivant les cas; ils peuvent débiter par les parties supérieures de la nuque et du cou, se développant parallèlement de chaque côté de la ligne médiane, puis arrivant à se fusionner pour donner au cou de l'individu un aspect particulier : un cou de taureau, ou cou proconsulaire.

La région sous-maxillaire peut être envahie; il survient alors un menton à double ou triple étage.

On rencontre souvent les lipomes symétriques à la région lombo-sacrée; là, ils ont peu de tendance à se réunir sur la ligne médiane à cause des dispositions anatomiques de la région.

Enfin, on peut les trouver au niveau des membres : bras, avant-bras, cuisse ou jambe.

Le thorax et la paroi abdominale sont souvent pris, mais tandis qu'au niveau du thorax, c'est la disposition symétrique qui est la règle, sur l'abdomen, le lipome infiltrant la paroi est la plupart du temps sur la ligne médiane, formant ainsi une masse grasseuse retombant sur le pubis en un ou deux gros plis.

Enfin, nous signalerons comme siège rare le lipome symé-

trique des joues, se développant aux dépens de la boule graisseuse de Bichat, et dont nous avons donné un rare exemple dû à Dartigolle (Obs. XXV).

Mais si ce sont là les sièges habituels des lipomes symétriques, il faut bien dire qu'ils peuvent se développer partout et que l'on doit faire minutieusement l'examen des malades atteints de cette affection.

Les lipomes sont tantôt pairs, tantôt impairs, mais toujours symétriques, et c'est là leur caractère dominant. Les médians sont également développés à droite et à gauche de la ligne médiane d'une façon presque mathématique, les latéraux possédant de chaque côté du corps un volume sensiblement égal.

Si, dans certains cas, on en trouve un nombre restreint, dans d'autres, au contraire, ils se multiplient ou augmentent successivement de nombre, et, en un laps de temps assez court, on arrive à en compter un nombre considérable sur le même individu. Aussi est-on en droit de se demander, lorsqu'on observe un malade quelque temps après l'apparition des premiers lipomes symétriques, s'il ne va pas s'en développer de nouveaux, et faut-il rester vis-à-vis du malade dans une sage réserve.

PRONOSTIC

La gêne et la difformité sont les deux seuls inconvénients de ces tumeurs qui ne retentissent jamais sur la santé générale.

Celle-ci se conserve généralement bonne, les malades ne souffrant que des manifestations arthritiques et nerveuses qui, dans la plupart des cas, accompagnent la production de ces tumeurs. Aussi les malades prennent-ils la chose en patience et ne se plaignent que dans les cas où la situation anatomique

ou bien le volume de la tumeur deviennent une cause de difficulté dans leurs mouvements.

COMPLICATIONS

« Parfois quand les tumeurs sont très volumineuses et soumises à des frottements à cause de leur siège, la peau peut s'ulcérer et la tumeur s'enflammer, mais ces faits sont rares. » (1)

Un autre accident, beaucoup plus grave, c'est la compression que les lipomes exercent quelquefois par leur volume quand ils siègent au voisinage d'organes essentiels. Ces cas alors forcent la main du chirurgien et l'obligent à une opération d'autant plus délicate que l'on opère dans une zone dangereuse et que l'infiltration à travers les muscles du cou au-dessous des aponévroses rend l'opération plus longue et plus difficile.

On peut dire qu'en réalité cette affection constitue plutôt une infirmité qu'une maladie, infirmité qu'il faut engager les malades à supporter patiemment.

TRAITEMENT

De ce que nous venons de dire découle naturellement le traitement.

L'intervention sera la règle ; on ne s'en départira que dans les cas où le volume des tumeurs, ou encore les phénomènes de compression, rendraient une opération inévitable, mais on

(1) Bouju, Thèse Paris, 1892.

se rappellera que, quoi qu'en dise Bouju dans sa thèse, ces tumeurs peuvent récidiver.

Quant au traitement médical, on a employé l'arsenic et l'iode de potassium, même à forte dose, et l'on n'a observé aucune modification ni dans le volume ni dans l'accroissement des tumeurs.

Nous avons vu que les lipomes multiples et symétriques pouvaient s'observer sur tous les points du corps : membres, abdomen, nuque, cou, thorax, face, etc.

MM. Launois et Bensaude ont envisagé les cas où la localisation était surtout prédominante au niveau du cou. Ils ont cru que dans ces cas les appareils glandulaires de la région étaient intéressés par le processus de l'affection, et ils ont voulu faire de ces cas une entité morbide particulière, que l'on a appelée : « l'adéno-lipomatose symétrique à prédominance cervicale » ou maladie de MM. Launois et Bensaude.

Nous allons voir, dans le chapitre suivant, ce qu'il faut en penser, mais on voit déjà la très grande analogie existant entre cette affection et « la lipomatose symétrique multiple » dont nous venons de faire l'étude.

CHAPITRE III

DE L'ADENO-LIPOMATOSE SYMETRIQUE A PREDOMINANCE CERVICALE OU MALADIE DE MM. LAU- NOIS ET BENSAUDE.

Sous le nom d'adéno-lipomatose symétrique à prédominance cervicale, MM. Launois et Bensaude décrivirent, en 1898, une affection caractérisée par la présence de tuméfactions lipomateuses disséminées symétriquement dans les différents points du corps et en particulier dans la région cervicale, où elles produisent des déformations caractéristiques toujours semblables à elles-mêmes » (1).

En décrivant cette affection, ces auteurs déclaraient laisser entièrement de côté les lipomes vrais, circonscrits, multiples et symétriques, et les pseudo-lipomes de Verneuil et Potain, quelles que soient, disaient-ils, leurs affinités avec cette maladie.

« Ainsi délimitée, l'affection que nous désignons sous le nom d'adéno-lipomatose symétrique présente une histoire anatomo-pathologique et clinique très nette ; elle a de plus une pathogénie spéciale.

(1) Launois et Bensaude, *Presse médicale*, 1^{er} juin 1898.

L'affection a été décrite sous les noms les plus divers : gangliite (François Siredey), lipomes multiples, lipomes symétriques, lipomes diffus. Toutefois aucune de ces dénominations ne nous paraît lui convenir, *on doit en particulier rejeter le terme de lipomes symétriques car il s'applique également à d'autres états morbides, et celui de lipomes diffus du cou et de la nuque qui semble indiquer que les tumeurs sont toujours limitées à la région cervicale, ALORS QUE DANS L'IMMENSE MAJORITÉ DES CAS ELLES SONT BEAUCOUP PLUS GÉNÉRALISÉES.* » (1)

Puis, passant à l'historique de la question, les auteurs rapportent les cas présentés par : Huguier à la Société de chirurgie, le 7 mars 1855 (observation XV) ; par Darbez, en 1868 (observation XVI et XVII) ; de Bucquoy (observation XXI) ; de Siredey, de Cargowla, Dartigolles, etc..., observations que nous avons rapportées dans le précédent chapitre.

« Mais le travail le plus important paru à l'étranger est le travail de Madelung sur les « lipomes diffus du cou », publié dans les *Archiv. für Klin. Chirurgie* (1888) ; dans lequel l'auteur étudie successivement l'étiologie, les symptômes, l'anatomie pathologique discute longuement le traitement chirurgical et se rallie à l'origine nerveuse de la maladie. » (1)

Nous n'avons pas pu, malheureusement, prendre connaissance du travail de Madelung, mais il faut croire que les raisons qu'il donna pour séparer cette affection de la lipomatose symétrique, ne furent pas bien convaincantes, car MM. Launois et Bensaude, nous font savoir quelques lignes plus bas que : « L'identité morbide, si bien mise en évidence par Madelung, se trouva quelques années plus tard compromise par Ehrmann et Koettnitz qui réunissent de nombreux faits et sans les distinguer les uns des autres étudient côte à côte les lipo-

(1) Launois et Bensaude, *Presse médicale*, 1^{er} juin 1898.

mes circonscrits symétriques et l'adéno-lipomatose symétrique. »

Il existe actuellement dans la littérature médicale une centaine d'observations d'adéno-lipomatose symétrique à prédominance cervicale : mais en comprenant dans ce nombre un très grand nombre de cas que nous avons rapportés dans le chapitre précédent et qui sont manifestement des cas de lipomatose multiple symétrique. Si nous ne considérons que les malades chez lesquels la prédominance cervicale de l'affection est nettement marquée, le nombre de malades atteints de l'affection de MM. Launois et Bensaude se trouvera fort diminué.

Quoi qu'il en soit, en 1898, au moment où parurent les premiers travaux sur la question, voici les cas qui furent publiés dans l'important mémoire du *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, du 7 avril 1898 (1).

Observations françaises. — Cas d'Huguier, de Darbez, de Foucher, de Bucquoy, de Bouju, de Dartigolles, de Cargowla et de Siredey. Tous ces cas nous sont connus puisqu'ils font l'objet des observations : XV (Huguier) : XVI (Darbez) : XVIII (Foucher) : XXI (Bucquoy) : XXII (Bouju) : XXV (Dartigolles) : XXVII (Cargowla) : XXVIII (Siredey).

Observations allemandes. — Cas de Laskarides, Madelung, Riedel, Henningsen, Schmidt, Stoll : ces cas font l'objet des observations numéros : XLI (Laskarides) : XLII (Madelung) : XLIII (Riedel) : XLIV (Henningsen) : XLVI (Schmidt) : XLVII (Stoll).

(1) Launois et Bensaude, *Bulletin de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 7 avril 1898.

Observations anglaises. — Cas de Backer et Bowlby. (observation XXIX) et de Clutton (observation XXX).

Observation russe. — Cas de Thikoff (observation LI).

En même temps, MM. Launois et Bensaude apportaient un cas nouveau personnel, et deux observations anglaises.

OBSERVATION LIII

Launois et Bensaude (1). Planche n° 3

Il s'agit d'un malade de 32 ans ; alcoolique avéré, présentant des tuméfactions lipomateuses distribuées symétriquement au cou (région sus-hyoïdienne), à la face (région pré-auriculaire), à la tête (région mastoïdienne), à la nuque, et aux aines. Le malade a le faciès d'un leucocythémique ; pas de leucémie ; il n'y a qu'une légère augmentation du nombre des globules blancs. La rate n'est que très légèrement augmentée de volume. Le malade présente, en outre, quelques phénomènes qui font penser à de la compression médiastine.

Il se cachectise vite malgré une alimentation abondante et copieuse.

OBSERVATION LIV

Mac-Cormac.— Saint-Thomas's Hospital (2)

Il s'agit de deux malades : le premier est un garçon boucher, âgé de 42 ans, présentant quatre tuméfactions lipoma-

(1) Launois et Bensaude, *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 7 avril 1898.

(2) Mac-Cormac, *St-Thomas's Hospital Reports*, 1884, vol. XIII, obs. I et II.



Planche n° 3

Adéno-lipomatose Symétrique à prédominance cervicale : ou maladie de Launois et Bensaude. — Malade présenté à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, le 7 avril 1898, par MM. Launois et Bensaude. — Observation LIII.

leuses, situées à la face postérieure du cou et séparées par deux sillons perpendiculaires en forme de croix. D'autres tumeurs graisseuses se trouvent sous le menton, dans les régions parotidiennes, au sommet de l'épaule droite et au milieu du dos. L'aspect difforme que les tumeurs donnent au malade l'empêche d'obtenir un emploi et de gagner sa vie ; aussi demande-t-il à en être débarrassé. L'extirpation est opérée.

Le deuxième malade est un garçon, âgé de 25 ans, qui s'est aperçu de l'apparition de tumeurs à la nuque il y a six ans. Il présente maintenant à la face postérieure du cou, une tuméfaction quadrilobée dont la limite supérieure correspond exactement aux lignes courbes occipitales supérieures. A ce niveau la peau est mobile et nullement adhérente.

Au niveau de l'épaule droite se trouve une tumeur ayant tous les caractères du lipome ordinaire. On trouve encore deux autres masses graisseuses au niveau des avant-bras. L'affection ne cause aucune gêne au malade.

OBSERVATION LV

Roger Williams. — Transac. of patholog. soc. (1). Planche n° 4.

Homme de 40 ans, cocher, bonne santé habituelle. Grand buveur. Adénite cervicale suppurée dans l'enfance. Enorme collier graisseux qui donne au malade une apparence grotesque. D'autres tumeurs lipomateuses symétriques existent au dos, à la face postéro-interne de chaque bras, à la face antérieure de l'avant-bras, à la face dorsale de la main, de cha-

(1) Roger Williams, *Transactions of the pathological Society of London*, 1890, p. 290.



Planche n° 4

Adéno-Lipomatose Symétrique à prédominance cervicale. — Maladie de MM. Lauenois et Bensaude : malade de Roger Williams. (Transactions of the pathological Society of London. 1890, p. 290).— Observation LV.

que côté de la ligne blanche ; dans la région inguino-scrotale et dans l'aîne.

Perte de la mémoire dans ces derniers temps. L'affection aurait débuté il y a douze ans sans causes appréciables.

Deux ans après, en 1900, dans un travail paru dans la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, MM. Launois et Bensaude publiaient quelques cas nouveaux qu'ils avaient pu recueillir dans divers services hospitaliers.

OBSERVATION LVI

Hayem. — Clin. méd. de Saint-Antoine (1)

Lem..., 38 ans, employé à la Compagnie du gaz. Début assez brusque il y a cinq ans ; pas de tuméfactions de la région parotidienne. Tuméfaction diffuse dans la région cervico-faciale. Tumeurs lipomateuses dans les fosses sus-épineuses, le long du bord interne de l'omoplate gauche ; aux aisselles, aux aînes.

Les tumeurs empêchent l'adduction des bras, mais ne sont nullement douloureuses. Signe de compression du médiastin. Leucocytose légère. Obésité.

OBSERVATION LVII

Dr Bouvet, de Nanterre (2)

B..., 42 ans, cocher. Tumeurs lipomateuses sous le menton, au niveau de la septième vertèbre cervicale ; derrière l'oreille

(1) Hayem, Clin. méd. de Saint-Antoine, 1900, et *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1900, p. 197.

(2) Dr Bouvet, *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1900, p. 243 (cité par Launois et Bensaude).

droite, au creux sus-claviculaire, dans la région dorso-lombaire, au niveau des dernières côtes. Aux bras, deux tumeurs, l'une au-dessus de l'épitrachée, l'autre au niveau du pli du coude. Deux lipomes également au niveau de chaque cuisse dans le triangle de Scarpa.

Il meurt à l'infirmerie de la prison de Nanterre d'une pneumonie. La famille s'oppose à l'autopsie.

OBSERVATION LVIII

D^r Demons, de Bordeaux (1)

K..., 48 ans, tonnelier. Rien à noter dans ses antécédents personnels ou héréditaires. Il s'aperçut, il y a dix ans, de la présence d'une tumeur arrondie derrière l'oreille droite, puis la tumeur se mit à grossir lentement, mais progressivement, envahissant successivement la face latérale droite du cou, la région sus-hyoïdienne, la face latérale gauche.

Il y a un an et demi, apparition de deux tumeurs juxtaposées de chaque côté de la nuque ; peu de temps après, apparition de deux autres tumeurs placées symétriquement à la partie inférieure de la colonne cervicale.

Depuis quelques mois, deux tumeurs à marche rapide se montrent dans les aisselles. On pense à la lymphadénie ; IK et As sont essayés sans succès. Dans ces conditions, le docteur Demons porte le diagnostic d'adéno-lipomatose à prédominance cervicale. Sur les instances du malade, les tumeurs sont enlevées ; elles sont examinées microscopiquement et histologiquement. *Elles sont reconnues être du lipome pur.*

(1) D^r Demons, Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. 1900, p. 244 (cité par Launois et Bensaude).

« Je n'ai vu, ni touché, ni encore moins enlevé, fait remarquer le docteur Demons, aucun ganglion, ni aucun fragment d'apparence ganglionnaire. »

Nous devons citer maintenant les deux observations personnelles de Tapié.

OBSERVATION LIX

Tapié. — Thèse Paris, 1899 (1)

G..., 39 ans, tonnelier, entre le 25 septembre 1899 à l'hôpital Saint-Louis, salle Nélaton.

Le malade présente une tumeur dans la région sus-hyoïdienne ; la tumeur remonte le long des deux régions sous-maxillaires.

En arrière, à la partie supérieure de la nuque, on voit une masse analogue, mais plus distinctement délimitée.

On trouve deux autres tumeurs aux avant-bras, sous le pli du coude ; deux autres dans le triangle de Scarpa.

La consistance de ces tumeurs est molle, pseudo-fluctuante ; leurs limites manquent de netteté. Extirpation des masses cervicales le 27 septembre.

Examen macroscopique. — Elles sont formées de graisse.

Examen microscopique (fait dans le laboratoire de M. Gastou). — Cet examen a montré qu'il s'agissait de lipome pur, sans éléments ganglionnaires (2).

Chez le deuxième malade de Tapié, il s'agit d'un homme. N..., 49 ans, tonnelier, entre à Saint-Louis pour être débarrassé de grosses tumeurs développées au niveau du cou. Pas

(1) Tapié, Thèse Paris, 1899.

(2) Pfestel-Mazoglu, *Presse médicale*, 22 août 1900, p. 131.

d'antécédents héréditaires à noter. Voici son histoire. En 1880 il s'aperçoit qu'il porte une grosseur entre les deux épaules ; Péan, à qui il se présente, diagnostique un lipome et l'opère. En 1886, récidive au même point. Actuellement, le malade présente une volumineuse tumeur dans la région cervicale ; immédiatement au dessous il s'en trouve deux autres. En avant, la mâchoire inférieure repose sur une vaste tumeur s'étendant des deux côtés jusqu'aux oreilles. D'autres grosses masses analogues se voient derrière les omoplates et sur le moignon des épaules, au-dessus des aisselles, dans la région lombaire, dans la région péri-ombilicale. Enfin, le malade présente une véritable gynécomastie ; ses seins ont le volume de ceux d'une femme qui allaite. La peau qui recouvre ces tumeurs ne présente aucune altération. Elle ne paraît pas très mobile sur les tumeurs sous-jacentes. Les tumeurs offrent à la palpation une consistance molle, pâteuse.

L'extirpation en est pratiquée. Suites normales.

Les tumeurs ont, à l'examen macroscopique, l'aspect d'amas graisseux.

L'examen microscopique, fait dans le laboratoire de M. Gastou, a montré qu'il s'agissait de lipomes purs sans éléments ganglionnaires (1).

OBSERVATION LX

Bonnefond. — Thèse Paris, 1900 (2)

Le nommé N..., fumiste, entre à Necker le 4 octobre 1900 pour une tumeur de la région cervicale. Rien au point de vue des antécédents héréditaires ou personnels.

(1) Pfestel-Mazoglu, *Presse médicale*, 22 août 1900, p. 131.

(2) Bonnefond, Thèse Paris, 1900, p. 39.

Début en 1897 par une tumeur médiane qui augmenta jusqu'à atteindre la grosseur d'une mandarine et qui resta stationnaire pendant dix-huit mois.

Puis apparurent d'autres tumeurs.

Etat actuel. — La figure est entourée d'un bourrelet considérable qui s'étend d'une oreille à l'autre en passant sous le menton.

Les tumeurs sont de consistance inégale, plus fermes à la partie médiane et antérieure du cou et dans les régions auriculo-mastoïdiennes.

Peau mobile ; état général excellent ; pas de troubles de la sensibilité ; la rate n'est pas grosse.

Opération. — On enlève la tumeur rétro-auriculaire droite et la tumeur médiane.

Suites opératoires. — Paralyse de l'orbiculaire droit due probablement à la section d'un rameau facial.

Examen microscopique. — *Tissu adipeux normal. Ganglions non altérés.*

Enfin, citons les observations récentes publiées sur la question.

OBSERVATION LXI

Mme Astaoureff.— Thèse Paris (1)

M... 37 ans, charretier, entre à l'hôpital Cochin le 29 avril 1904 dans le service de M. Schwartz, pour des tumeurs du cou.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Croup à 7 ans ; bronchite à 20 ans. Le malade est un grand buveur de bière ; il en boit,

(1) Mme Astaoureff, Thèse Paris, p. 49.

suivant l'occasion jusqu'à 15 litres par jour, sans compter les apéritifs.

Etat actuel. — Le malade présente dans les régions pré-auriculaires deux tumeurs mollasses se délimitant assez bien, de la grosseur d'une noix. Dans les régions sus-hyoïdiennes, deux grosses tumeurs formant au-devant du cou un double menton ; ces tumeurs se perdent vers les angles du maxillaire inférieur.

On trouve encore quatre tumeurs symétriques à la nuque.

Contre la cinquième vertèbre cervicale, une tumeur médiane, grosse comme un poing et qui descend sur la partie supérieure du dos, présentant sur la ligne médiane une rainure peu profonde.

Dans les régions sus-claviculaires se trouvent deux masses graisseuses assez volumineuses.

Les régions mamelonnaires sont développées ; la paroi abdominale est très épaisse, surtout au-dessous de l'ombilic.

On administre au malade de la liqueur de Fowler. Les tumeurs deviennent plus molles et paraissent diminuer de volume.

M. Schwartz ne juge pas l'intervention nécessaire ; le malade, se sentant mieux, quitte l'hôpital le 13 mai.

OBSERVATION LXII

Mme Astaouroff. — Thèse Paris, 1904 (1)

X..., 39 ans, entre à l'hôpital Cochin, pour une tumeur du cou.

Antécédents héréditaires et personnels. — Rien à signaler.

(1) Mme Astaouroff, Thèse Paris, 1904, p. 52.

Etat actuel. — Le malade a constaté, il y a un mois, la présence d'une tumeur du volume d'une noix occupant la région sus-hyoïdienne.

Au-devant du sternum se trouve une autre tumeur diffuse qui n'occasionne ni gêne ni douleur.

Ces deux tumeurs sont extirpées le 10 janvier. Elles se présentent sous la forme de masses lipomateuses exemptes de ganglions dans leur intérieur ou à leur voisinage.

OBSERVATION LXIII

Quéry (1)

Z..., 30 ans, entre en 1901 à l'hôpital Laënnec porteur de tumeurs au niveau de la nuque et de la région sous-maxillaire.

Ces tumeurs sont symétriques et du volume d'une pomme. Cou gros.

En avant du cou, le malade présente une sorte de demi-collier en forme de croissant. On observe de plus deux tumeurs pré-auriculaires et deux tumeurs sus-claviculaires.

Parois abdominales chargées de graisse, présentant une véritable tumeur lipomateuse médiane au-dessous de l'ombilic.

Masses adipeuses du côté interne des bras et à la face interne des cuisses.

Opération. — Extirpation des tumeurs de la nuque. Suites opératoires normales.

Examen histologique. — *Tissu adipeux normal, sans aucune trace de ganglions.*

(1) Quéry, Thèse Paris, 1902.

OBSERVATION LXIV

Lessersohn. — Cité par Astaoureff (1)

X..., 48 ans, cocher, entre à l'hôpital le 22 mars 1900.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Adénite cervicale pendant la jeunesse. Début de lipomatose il y a neuf ans.

Etat actuel. — Sur tout le corps, grand nombre de lipomes symétriques.

Tumeurs sous-mentonnières ; tumeurs cervicales dures.

A la face externe des bras et sur le cubitus, tumeurs presque fluctuantes. Seins très développés. Tumeurs dorsales. Tumeurs inguinales volumineuses.

Première opération. — Extirpation des tumeurs sous-mentonnières.

Deuxième opération. — Extirpation des tumeurs inguinales.

Récidives des tumeurs mentonnières. On institue le traitement arsénical, qui ne donne aucun résultat.

Les tumeurs extirpées montrent à l'examen histologique la constitution des fibro-lipomes.

OBSERVATION LXV

Jaboulay (2)

X..., 37 ans, a présenté à 13 ans des adénites suppurées sous-maxillaires, qui ont laissé des cicatrices.

(1) Lessersohn, cité dans thèse Astaoureff, p. 71.

(2) Jaboulay, cité par Astaoureff, Thèse Paris, 1904, p. 64.

Etat actuel. — Le malade présente une série de lipomes symétriques et médians. Les uns siégeant dans la région sus-hyoïdienne, d'autres à la région occipitale, en face la septième cervicale, à la région lombaire, aux bras, sur la ligne médiane de l'abdomen. Aux aines, deux grosses masses formées de ganglions et de graisse.

Certains lipomes se sont développés autour d'anciens ganglions tuberculeux, d'autres en des endroits où ne se trouvent habituellement pas de ganglions.

OBSERVATION LXVI

Sinnhuber (1)

Il s'agit de deux frères présentant tous deux des lipomes symétriques au dos, au thorax, aux bras, aux épaules, aux cuisses.

Nota. — Il s'agit manifestement d'un cas de lipomatose symétrique multiple et non d'adéno-lipomatose, malgré le titre de la thèse de Mme Astaouroff. Il est regrettable que l'observation ne soit pas plus complète et qu'il n'y ait pas d'autres indications bibliographiques.

Ce sont là évidemment suffisamment de documents pour pouvoir reprendre la question dans une revue d'ensemble et montrer la légitimité de l'opinion que nous avons formulée au début de notre travail sur l'affection de MM. Launois et Bensaude.

(1) Sinnhuber, cité par Astaouroff, Thèse Paris, 1904, p. 75.

ETIOLOGIE

Il est évident que contrairement à ce que nous avons observé pour la lipomatose multiple symétrique l'affection semble être plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

En ce qui concerne l'hérédité, elle nous paraît incontestable, malgré l'opinion de Madelung et de Launois et Bensaude.

Du reste, ces auteurs contestent même la valeur du cas de Stoll où la mère du malade et l'oncle maternel portaient des lipomes.

Rappelons pour donner une base plus solide à notre affirmation les cas des malades de Sinnhuber (obs. LXVI) ; chez les deux frères les lipomes multiples et symétriques avaient apparu vers le même âge ; et l'observation de Blaschko, citée par Astaoureff, se rapportant à des faits de lipomatose multiples apparaissant dans une même famille chez toutes les personnes du sexe masculin, à l'exception des ascendants et descendants féminins (1).

Quant au *sexe*, il ne faudrait pas croire que ce soit une affection exclusive au sexe masculin, car MM. Launois et Bensaude estiment à 4 pour 100 environ la fréquence de l'adéno-lipomatose chez la femme. Cela est d'autant plus curieux à remarquer que la pseudo-lipomatose, la lipomatose multiple, l'adipose douloureuse de Dercum sont des affections beaucoup plus fréquentes chez la femme.

Tempérament. — Les sujets atteints d'adéno-lipomatose sont généralement considérés comme des sujets bien por-

(1) Cité par Astaoureff, Thèse Paris, p. 16.

tants ; cependant, en scrutant les observations, on en trouve un grand nombre d'arthritiques, d'obèses, de rhumatisants ; en un mot, ce sont des « ralentis de la nutrition ».

C'est une affection de l'âge adulte (25 à 50 ans).

Enfin, pour certains auteurs, l'alcoolisme serait le facteur le plus important. En fait, nous l'avons trouvé 18 fois sur 31 cas. Nous ne pensons pas que ces chiffres puissent entraîner une conviction. Tout au plus pourrait-on dire que l'alcool troublant les échanges nutritifs finit par les ralentir, ce en quoi il prédispose à la formation des lipomes.

SYMPTOMATOLOGIE

L'adéno-lipomatose symétrique est caractérisée par la présence de nombreuses tuméfactions au niveau du cou et sur les autres régions du corps. Ces tuméfactions sont molles, ordinairement mal limitées et indolores à la pression.

Le doigt appuyé sur elles ne produit pas de dépression en godet. Elles sont mobiles sous la peau qui les recouvre et sur les tissus sur lesquels elles reposent.

La disposition de ces tumeurs est extrêmement caractéristique. Ce qui frappe tout d'abord l'observateur, c'est leur prédilection marquée pour la région cervicale. La tête semble entourée d'un énorme collier qui en change complètement la configuration ; au lieu de se rétrécir, elle va en s'élargissant vers le cou, ce qui lui donne l'aspect d'une tête dite « en poire ».

Ce collier atteint parfois des proportions vraiment colossales.

Le malade de Williams avait un cou énorme ; celui de Madelung étouffait dans la graisse ; on fut obligé de l'opérer deux

fois, et ce n'est qu'après la deuxième opération qu'il pouvait respirer plus librement. Chez un malade de Fournier et Bensaude, la circonférence du cou passant par la nuque et le menton donnait 67 centimètres. Chez un malade de Wirchow, les masses graisseuses étaient si énormes que les mouvements de la tête étaient difficiles, il ne pouvait qu'à peine tirer la langue.

Madelung assignait une présence si prépondérante à la présence de ces tumeurs du cou qu'il croyait même que c'était leur siège presque exclusif, et la dénomination de « fetthals » (cou gras) proposée par lui ne fait que refléter cette manière de voir; mais nous savons que chez presque tous les malades on trouve aussi des tumeurs symétriques occupant d'autres parties du corps.

Le début de l'affection se fait ordinairement insidieusement, et il faut aux tumeurs de longues années pour atteindre leur volume maximum.

Enfin, tous ceux qui se sont occupés de la question ont insisté sur la symétrie que présentaient les masses graisseuses.

La sensibilité et la motilité sont ordinairement normales; les réflexes sont conservés.

MARCHE ET TERMINAISON

La marche de cette affection est variable. Le début est le plus souvent insidieux. C'est par hasard que les malades s'aperçoivent de la présence de ces tumeurs, et ce n'est que rarement qu'ils peuvent préciser l'époque de leur apparition et leur siège initial. Généralement, les premières tumeurs apparaissent à la région cervicale et le plus souvent à la nuque.

Les tumeurs symétriques n'apparaissent pas toujours si

multanément. La croissance se fait quelquefois par poussées.

Cette affection ne retentit ordinairement pas sur l'état général, les malades peuvent rester toute leur vie porteurs de tumeurs et être emportés par une maladie intercurrente. Néanmoins, les phénomènes de compression des organes médiastinaux peuvent parfois entraîner une issue fatale, mais ce sont là des cas tout à fait exceptionnels (cas du malade de Hayem, mort brusquement dans un accès d'étouffement).

PATHOGÉNIE

Nombreuses sont les théories qui ont été proposées pour expliquer l'origine de l'adéno-lipomatose symétrique à prédominance cervicale.

On peut cependant les ramener au nombre de trois : la théorie thyroïdienne, la théorie ganglionnaire, la théorie nerveuse.

Théorie thyroïdienne. — Elle se basait sur les constatations faites au cours d'opérations, ainsi que sur l'aspect parfois myxœdémateux des tissus. Madelung, dans un cas opéré par lui, n'avait pas trouvé de corps thyroïde. Klausner (1), enlevant un lipome volumineux à un vieillard, avait constaté l'absence du lobe gauche du corps thyroïde.

Turck avait dans deux cas attiré l'attention sur la petitesse du corps thyroïde, mais il avoue lui-même qu'à cause de l'épaisseur des masses graisseuses du cou, il est très difficile dans ces cas de se rendre compte du volume du corps thyroïde.

(1) Klausner, *Munch. med. Wochenschrift*, 1895, p. 348.

Ce sont là des faits isolés, et à côté de ces rares exemples on peut dire que dans la très grande majorité des cas on a noté la présence et l'intégrité du corps thyroïde ; aussi, bien que l'opothérapie ait donné quelques semblants d'amélioration aux malades, la théorie thyroïdienne n'a pas prévalu.

Théorie nerveuse — Elle fut surtout discutée au 59^e Congrès des médecins et naturalistes allemands. Elle est basée sur la distribution symétrique de l'affection et sur la coexistence de l'adéno-lipomatose avec des troubles du système nerveux périphérique ou central. On se rappelle en effet que le malade de Bucquoy souffrait d'une sciatique ; celui de Madelung était tabétique ; celui de Cargowla était paralytique général, etc. Mais cette théorie n'a pas satisfait non plus la majorité des esprits. On n'a jamais, en effet, constaté de troubles de la sensibilité, ni de diminution de la force musculaire, et dans un cas cité par Askanazy (1), l'examen histologique des tumeurs montra que des troncs nerveux normaux traversaient les lobules graisseux atrophies. Cette théorie, comme la précédente, ne mérite donc pas qu'on s'y arrête plus longtemps.

Reste maintenant la théorie ganglionnaire dont nous allons dire quelques mots.

Théorie ganglionnaire. — C'est celle qui fut avancée par MM. Launois et Bensaude. Voici du reste les faits qui d'après eux plaident en faveur de cette théorie :

D'abord la prédilection des tumeurs pour les régions où existent normalement de nombreux ganglions lymphatiques, et ensuite la présence de ganglions dans les tumeurs extirpées. Nous croyons donc, disent-ils, qu'il s'agit d'une maladie du système lymphatique, mais absolument distincte de la

(1) Askanazy, *Archives de pathol. et d'anat.*, 1899, H. 3, Berlin.

lymphadénie, ainsi que le montre l'anatomie pathologique, l'étiologie et surtout l'évolution clinique.

Il est incontestable que la maladie de MM. Launois et Bensaude est absolument distincte de la lymphadénie ; bien mieux, nous ne pouvons la considérer comme une affection des ganglions lymphatiques et cela d'abord parce que les rares fois où des ganglions lymphatiques ont été trouvés dans les tumeurs, ils étaient intacts.

De plus, dans les cas où l'on a pu faire l'examen histologique, on a toujours trouvé les tumeurs formées par des *lipomes purs*.

Aussi est-ce avec juste raison que le 13 janvier 1904, à la Société de chirurgie, MM. Tuffier, Delbet, Reclus, Le Dentu, Lajars, protestaient contre le terme d'adéno-lipomatose donné à l'affection de MM. Launois et Bensaude.

Il nous paraît évident que le terme qui lui conviendrait serait celui « de lipomatose symétrique à prédominance cervicale », et à notre avis la pathogénie de cette affection est absolument la même que celle de la lipomatose multiple symétrique, que nous avons étudiée dans le chapitre précédent ; les deux affections ne différant l'une de l'autre que par une localisation plus marquée des tumeurs au niveau de la région cervicale.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est généralement facile. Cependant on peut confondre l'affection avec :

L'obésité : dans certains cas en effet on trouve un bourrelet plus ou moins accusé au niveau du cou ; mais alors il est beaucoup plus diffus et ne se présente jamais sous forme de

tuméfactions plus ou moins indépendantes les unes des autres.

Les lipomes congénitaux : dans ces cas les malades disent au médecin qu'ils ont toujours porté ces tumeurs ; du reste ils n'amènent jamais de déformations monstrueuses.

Les pseudo-lipomes sus-claviculaires de Verneuil-Potain : mais ils débutent et siègent toujours dans les régions sus-claviculaires.

La lymphadénie ne prêterait guère à confusion ; elle s'accompagne de douleurs, de troubles fonctionnels et généraux ; la marche est progressivement envahissante. La terminaison est fatale et survient dans les 2 ou 3 ans. Enfin, la récurrence est constante après ablation des tumeurs.

L'adéno-lymphocèle ne peut guère être confondue avec la maladie de MM. Launois et Bensaude. En effet, l'adéno-lymphocèle ne s'observe jamais à la nuque ou au dos où les ganglions lymphatiques font défaut.

PRONOSTIC

Il sera bénin dans la très grande majorité des cas, l'état général restant bon. Cependant dans quelques rares cas on peut observer le dépérissement des malades. Le pronostic s'assombrirait évidemment si l'on observait des phénomènes de compression de la tumeur sur les organes médiastinaux.

TRAITEMENT

1° *Traitement médical*. — On a essayé toujours avec des piètres résultats l'IK, l'As, la médication thyroïdienne. A notre avis, il n'y a pas de traitement médical.

2° *Trailement chirurgical.* — Bien que l'abstention doive être la règle, on aura recours au traitement chirurgical si les tumeurs deviennent trop volumineuses ou si l'on note chez les sujets des troubles de compression au niveau des organes du médiastin antérieur.

CHAPITRE IV

DE LA LIPOMATOSE SYMETRIQUE DIFFUSE

On a décrit sous le nom de lipomatose symétrique diffuse des cas fort divers, et même Quéry (1), dans sa thèse de doctorat, frappé de l'inexactitude du terme d'adéno-lipomatose donné à la maladie de MM. Launois et Bensaude, fit l'étude de cette affection sous la dénomination de « lipomatose symétrique diffuse ». Nous avons déjà expliqué pourquoi ce terme nous paraissait inexact.

Un très grand nombre d'observations publiées sous le nom de « lipomatoses symétriques diffuses » sont en fait des cas de lipomatose symétrique multiple. Il nous semble qu'il y a là un inconvénient et que le terme de lipomatose symétrique diffuse devrait être réservé aux cas où les lipomes symétriques, au lieu d'avoir une forme assez exactement limitée, se présentent en nappe étendue, sans transition marquée avec les organes sains voisins. Nous connaissons des cas où, à côté de lipomes symétriques nettement circonscrits siégeant au niveau des membres, on trouve des pannicules adipeux plus ou moins développés au niveau du dos, du thorax, de l'abdomen, etc. Nous connaissons des cas où le pannicule adipeux, dé-

(1) Quéry, Thèse de doctorat, Paris, 1902.

bordant le tronc, envahit plus ou moins les membres, leur donnant alors un aspect en gigot tout à fait caractéristique.

Enfin, il en est où l'on trouve chez le même sujet, à la fois de la lipomatose symétrique multiple et de la lipomatose symétrique diffuse. Ces cas nous serviront de transition entre la lipomatose symétrique multiple étudiée dans un des chapitres précédents, et le cas rapporté par MM. Mosny et Beau-fumé, à la Société médicale des hôpitaux, le 14 février 1902, qui est à notre avis un cas-type de lipomatose symétrique diffuse. Voici du reste les observations que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale française ou étrangère ayant trait à cette affection.

OBSERVATION LXVII

Waernewyck. — Diss. inaug., Berlin

Homme 46 ans, pas d'antécédents. Présente depuis 11 ans une formation de lipomes multiples dont voici la disposition :

Au cou on trouve une cravate formée de lipomes. On trouve de plus des amas graisseux dans les deux régions scapulaires ; on trouve des amas semblables dans les deux régions iléo-lombaires, *venant se perdre dans le pannicule adipeux du ventre*. Les deux épaules et la partie supérieure des bras sont enveloppés par un manchon graisseux d'une épaisseur colossale. Le thorax présente deux mamelles énormes. Le tissu graisseux du ventre est fortement hypertrophié et affecte dans sa disposition la forme d'un bouclier rond circonscrit.

Une grosse tumeur médiane se voit au devant du pubis et recouvre complètement le pubis.

(1) Waernewyck, Diss. inaug., Berlin, 1868.

OBSERVATION LXVIII

De Wahl. — Clinique chirurg. de Dorpat (1)

Une paysanne esthonne, âgée de 42 ans, mariée et mère de famille, s'est présentée à la clinique chirurgicale de Dorpat pour des douleurs vagues, rhumatoïdes qui existaient depuis plusieurs mois simultanément au dos et aux extrémités. Santé habituelle bonne.

À l'examen on trouve sur les faces externe et postérieure de chaque bras une tuméfaction considérable enveloppant le membre à la manière d'un manchon et s'étendant du sommet de l'épaule jusqu'à trois travers de doigt au-dessous du pli du coude.

La palpation fit reconnaître qu'il s'agissait d'un épaississement local du pannicule adipeux, qui avait environ 4 centimètres d'épaisseur.

La même disposition se remarquait aux deux cuisses ; ce qui, contrastant avec la maigreur des avant-bras et des jambes, leur donnait un aspect cachectique.

En palpant plus attentivement, on a pu circonscrire à la limite de la couche hypertrophique plusieurs tumeurs de la grosseur d'une noix, encore indépendantes. Dans les mamelles, outre un coussin graisseux abondant, on distinguait plusieurs tumeurs lobuleuses indépendantes. Des amas graisseux diffus se trouvent symétriquement disposés aux lombes et dans les deux régions sus-épineuses. En général, le pannicule adipeux est beaucoup plus développé au dos qu'à l'ab-

(1) De Wahl, Clinique chirurgicale de Dorpat, t. XXVI.

domen. Deux tumeurs extirpées offrent au microscope l'aspect du lipome. Le malade ne peut donner aucun renseignement rétrospectif.

OBSERVATION LXIX

Israël (1)

Le malade présente des lipomes diffus symétriques aux deux bras.

Leur apparition s'est accompagnée de neuralgies et de faiblesse musculaire.

OBSERVATION LXX

MM Mosny et Beaufumé (2). Planche n° 5.

Le nommé F..., âgé de 30 ans, exerçant la profession de jardinier, entre le 17 janvier 1902 à l'Hôtel-Dieu. Rien à noter dans ses antécédents héréditaires. Comme antécédents personnels : scarlatine, fièvre typhoïde, rougeole.

Le malade n'est ni rhumatisant, ni tuberculeux, ni alcoolique, ni syphilitique. Il entre du reste à l'Hôpital pour une très légère atteinte de grippe. Le fait important de l'observation est une lipomatose symétrique, qu'un examen rapide nous fait constater au tronc et qui va retenir notre attention. L'époque du début de cette lipomatose ne peut être précisée. Le malade déclare formellement qu'aucun membre de sa famille n'est atteint d'une semblable affection.

(1) Israel. *Tageblatt der 59 Versammlung deutsche Aertzte und Naturforscher*.

(2) Mosny et Beaufumé, Société médicale des Hôpitaux, 14 février 1902, p. 106.



Planche 3

Lipomatose Symétrique Diffuse

Malade présenté par MM. Mosny et Beaufrumé, à la Société Médicale des
Hôpitaux de Paris, le 14 février 1902. — Observation LXX

Lorsqu'on examine le malade, on est tout d'abord frappé par le contraste remarquable existant entre la gracilité des membres et le développement excessif des parois du tronc.

Sur les parois de l'abdomen, des lombes, et sur les parois thoraciques, existent des masses lipomateuses dont voici la description : on trouve sur la poitrine un véritable plastron pré-pectoral se prolongeant en haut sur les masses deltoïdiennes à la façon d'épaulettes, se prolongeant en bas sur toute la paroi abdominale et allant se perdre insensiblement dans l'aisselle. La glande mammaire est normale et ne participe en rien à la formation de ces tuméfactions. En arrière, le plastron adipeux dorsal est moins uniformément réparti. On peut le décomposer en trois tuméfactions séparées par des intervalles où la lipomatose existe mais où elle est beaucoup moins marquée. On trouve une première masse cervico-faciale à prédominance médiane allant rejoindre sur les côtés, à la hauteur des épaules, les épaulettes deltoïdiennes précédemment décrites. Les deux autres tuméfactions lipomateuses sont situées un peu au-dessus de la région lombaire.

En résumé, les plastrons antérieur et postérieur figurent assez bien un gilet jeté sur les épaules et maintenu sur elles par les prolongements sus-claviculaires et deltoïdiens. Il convient de noter l'intégrité absolue des membres supérieurs et inférieurs et de la face. Le relief de ces diverses masses lipomateuses est très nettement accentué mais leurs limites sont indécises et leurs contours se perdent dans les tissus adipeux environnants. A leur niveau, la peau a sa finesse et sa souplesse normale.

Ces masses adipeuses sont indolentes. Outre cette adipose, le malade présente une maigreur des membres qui contraste étrangement avec l'épaisseur excessive des parois molles du tronc.

Tous les muscles des membres sont également émaciés. Les attaches des extrémités sont fines et grêles.

Et MM. Mosny et Beaulumé font suivre cette observation des remarques suivantes :

« En résumé, le malade que nous vous présentons est atteint d'une affection caractérisée par deux symptômes cardinaux qui en font un type absolument particulier :

» 1° Une adipose superficielle disséminée avec présence de tuméfactions lipomateuses diffuses bilatérales et symétriques siégeant presque exclusivement au tronc.

» 2° Maigreur de la face et gracilité des membres qui établissent un contraste frappant entre les membres et le tronc.

» Quelle est donc cette affection étrange, dont nous avons vainement cherché la description dans la littérature médicale ?

» Certes, il est plus aisé de dire ce qu'elle n'est pas que de dire ce qu'elle est.

» Deux types nosologiques s'en rapprochent pourtant et doivent en être minutieusement différenciés : l'adipose douloureuse ou maladie de Dercum, et l'adéno-lipomatose ou maladie de Launois et Bensaude.

» Mais notre malade n'a jamais souffert de ces tumeurs, et même actuellement leur exploration, leur palpation, leur malaxation ne détermine aucune douleur ; de plus les membres sont intacts et nous n'observons pas cette adipose généralisée caractéristique de la maladie de Dercum. Il ne semble pas non plus qu'il s'agisse dans notre observation d'adéno-lipomatose car cette affection est surtout prédominante dans les régions riches en ganglions lymphatiques : or, ici les régions riches en ganglions lymphatiques (aine, aisselles) sont surtout respectées.

» Qu'est-ce donc que cette affection ? Nous ne le savons trop,

rien ne nous autorisant à penser qu'il puisse s'agir d'une maladie de Dercum sans douleur, ou d'une adéno-lipomatose sans adénopathies ! Nous préférons laisser à vos critiques et aux observations à venir le soin de résoudre ce problème. »

Il nous semble que l'on peut aujourd'hui répondre ; et rapprochant cette observation de celles de MM. Waernewick et de Wahl, nous pouvons logiquement faire du cas de MM. Mosny et Beaufumé un cas de « lipomatose symétrique diffuse » ; variété de « lipomatose symétrique multiple » se différenciant seulement par la diffusion des tumeurs, tout comme la maladie de MM. Launois et Bensaude se distingue des autres cas de lipomatose symétrique multiple uniquement par sa prédominance à la région cervicale.

Si nous voulons fixer en quelques mots les diverses particularités de cette affection nous pouvons dire :

Etiologie. — Le facteur le plus important de la lipomatose symétrique diffuse est certainement le rhumatisme.

Symptomatologie. — L'affection se présente sous forme de masses adipeuses diffuses envahissant le tronc et les membres, en totalité ou en partie.

Pathogénie. — Bien que nous ne puissions faire sur ce point que des hypothèses, il paraît rationnel d'admettre :

Ou bien qu'il s'agit de lipomes multiples ayant conflués au point de former une vaste masse de graisse (cas de de Wahl dans lequel on trouvait à la périphérie des masses lobulées prêtes à se fusionner) ;

Ou bien qu'il s'agit de tumeurs intermédiaires entre le pseudo-lipome et le lipome vrai : que le processus néo-formatif s'est arrêté à un terme qui ne serait déjà plus l'œdème rhumatismal, et pas encore le lipome vrai. Ce serait le lipome diffus. Il est bien certain que la question ne pourra être tranchée que le jour où l'on aura à sa disposition un plus grand nombre

d'observations et surtout de nombreux examens histologiques et anatomo-pathologiques.

Evolution. — C'est une affection à marche lente, par suite le pronostic sera bénin.

Traitement. — Il est nul, l'extirpation de ces masses diffuses présentant, à cause de leur étendue généralement vaste, une réelle difficulté.

Il nous reste maintenant à examiner deux affections que l'on a rapprochées de la lipomatose symétrique multiple, quoique présentant bien moins d'analogie avec elle que la pseudo-lipomatose de Verneuil et Potain, l'adéno-lipomatose de Launois et Bensaude, ou la lipomatose symétrique diffuse de Mosny et Beaufumé : nous voulons parler de l'adipose douloureuse ou maladie de Dercum et de la neuro-fibromatose généralisée ou maladie de Recklinghausen.

CHAPITRE V

DE L'ADIPOSE DOULOUREUSE OU MALADIE DE DERCUM

HISTORIQUE

Au mois de septembre 1888, Dercum, professeur de neurologie à la Faculté de médecine de Philadelphie, présentait au Congrès des neurologistes américains, réunis à Washington, une femme de 38 ans, porteuse de tumeurs lipomateuses multiples, circonscrites, lobulées, extrêmement douloureuses à la pression. Il donne à sa communication (1) le titre suivant : « Dystrophie du tissu conjonctif sous-cutané des bras et du dos, associée à des symptômes ressemblant au myxœdème. »

Trois ans plus tard, en 1891, Henry (2) médecin de l'hôpital de Philadelphie présente à la Société de neurologie une malade de 63 ans qui rentre dans le cadre symptomatique décrit par Dercum. Henry reconnaissant à cette affection quel-

(1) Dercum, *University medical magazine*, décembre 1888, p. 140.

(2) Henry, *The journal of nervous and mental diseases*, mais 1891, p. 154.

ques points de communs avec le myxœdème, lui donna le nom de « paratrophie myxœdémateuse. »

En 1892, Dercum (1) rapporte un troisième cas, mais cette fois le dépôt irrégulier de graisse dans le tissu cellulaire sous-cutané s'accompagnant de phénomènes douloureux, il lui sembla voir là une affection autonome qu'il distraint du myxœdème et à laquelle il donne le nom « d'adipose douloureuse ».

En France, la première observation signalée semble être celle de Morlot et Gallois (2). Ils publient, en effet, un cas d'adipose siégeant à la racine des membres avec des granulations assez dures dans les masses graisseuses, de l'hypésthésie et des picotements. Ils étiquettent l'affection : « adipose localisée, d'origine trophonévralgique. » Cette observation est la première dans laquelle l'affection aurait évolué chez un homme.

En 1895, Collins, de Philadelphie, dans son « Traité des maladies nerveuses » rapporte 6 nouveaux cas d'adipose douloureuse dont une observation personnelle et les autres dues à Peterson et Loweland. Il nous a malheureusement été impossible de retrouver ces observations.

La même année, Ewald (3), en Allemagne, observe et publie un cas analogue chez un homme de 47 ans. C'est lui qui, le premier, essaie la médication thyroïdienne et son malade semble en retirer quelques bénéfices.

En 1898 paraissent de nouveaux travaux ; c'est d'abord Eshner de Philadelphie (4) qui rapporte successivement deux

(1) Dercum, *The american journal of the medical sciences*, décembre 1892.

(2) Morlot et Gallois, *Bourgogne médicale*, mars 1894.

(3) Ewald, *Berliner klin. Wochenschrift*, janvier 1895.

(4) Eshner, *The journal of the american medical Association*, 12 novembre 1898.

observations inédites ; il signale le rôle qu'a joué le traumatisme chez une de ses malades, les premières tumeurs ayant fait leur apparition quinze jours après une chute de voiture. Puis Williams Spiller (1) rapporte 3 autres cas dont 2 observés par Dercum et le troisième par le docteur Mills ; et en décembre, Ch. Féré, médecin à Bicêtre (2) publie deux observations d'adipose douloureuse, et déjà Féré fait remarquer que « le plus souvent la coïncidence des deux symptômes caractéristiques, adipose et douleur, ne s'est pas établie d'emblée, que le développement de la graisse et de la douleur peut se faire successivement, un des symptômes peut même survivre à l'autre. »

En 1899, Hale-White (3) publie un cas très intéressant concernant une femme seulement âgée de 22 ans, chez laquelle les premiers symptômes auraient fait leur apparition vers l'âge de 11 ou 12 ans.

En 1900, Dercum publie le résultat de l'autopsie de la malade qui avait fait l'objet de sa première communication. Les lésions principales observées sont :

La dégénérescence colloïde de la glande thyroïde ; des lésions de névrite interstitielle, et la présence de pannicules adipeux sous-cutanés.

Au mois de juillet de la même année, paraît un travail très complet de Giudiceandrea (4), il relate un cas nouveau d'adipose douloureuse et étudiant la pathogénie de l'affection il la classe dans le groupe des trophonévroses. C'est lui qui, le pre-

(1) William Spiller, *Medical News*, février 1898.

(2) Ch. Féré, *Médecine moderne*, 28 décembre 1898.

(3) Hale-White, *British medical Journal*, 2 décembre 1897.

(4) Giudiceandrea, *Rivista di patologia nervosa e mentale*, juillet 1900.

mier, suivant la distribution de l'adipose en différencie trois formes cliniques : les formes nodulaires, diffuses et mixtes.

En octobre 1900, Burr (1) publie un nouveau cas de maladie de Dercum suivi d'autopsie.

Jusqu'à cette époque les travaux publiés en France sur la maladie de Dercum, avaient été peu nombreux. En 1901, au contraire, il y a une véritable pléthore, et dans la Revue neurologique paraissent successivement les observations de MM. Achard et Laubry (2) ; Renon et Heitz (3) ; Roux et Vitaut (4) ; dans le cas de Renon et Heitz il s'agit d'une femme de 60 ans chez qui la ménopause semble avoir arrêté l'évolution des masses adipeuses, atténué les douleurs, en même temps qu'elle provoquait l'apparition d'arthropathies multiples. Quant à Vitaut, il rattache dans sa thèse l'affection à une perversion de la fonction thyroïdienne : il préconise la médication opothérapique.

En janvier 1902, Roux, de Saint-Etienne (5), rapporte l'observation d'une femme de 63 ans, chez laquelle l'adipose douloureuse s'est compliquée de goitre exophtalmique.

Le 30 janvier 1902, MM. Oddo et Chassy (6), de Marseille, publient l'observation d'une femme de 34 ans chez laquelle l'affection s'est compliquée de sclérodermie, signalant de plus les heureux effets de la médication thyroïdienne.

A la même époque, paraît en Russie un travail de Kaplan et

(1) Ch.-W. Burr, *The Journal of nervous and mental diseases*, octobre 1900.

(2) Achard et Laubry, *Revue neurologique*, 15 avril et 15 juin 1901.

(3) Renon et Heitz, *Revue neurologique*, 1901, p. 704.

(4) Roux et Vitaut, *Revue Neurologique*, septembre 1901.

(5) J. Roux, *Revue neurologique*, 15 janvier 1902.

(6) Oddo et Chassy, *Revue neurologique*, 30 janvier 1902.

Fedoroff (1), dans la *Meditzinskoïe Obosrenje*, dans lequel ces auteurs considèrent la maladie de Dercum comme « une maladie constitutionnelle générale analogue à l'obésité, mais avec une participation plus marquée du système nerveux. »

En mars 1902, Papi (2) publie un nouveau cas d'adipose douloureuse.

En décembre 1902, MM. Rénon et Louste présentent à la Société médicale des Hôpitaux, un homme de 47 ans, atteint d'adipose douloureuse et chez lequel une biopsie a pu être pratiquée.

En 1903, diverses observations sont publiées un peu dans tous les pays :

En Amérique, par Billings (3) et Gordinier (4).

En Italie, par Cecchini (5), Colbertado (6) et Silvestrini (7).

En Allemagne Thimm (8) publie un cas d'adipose douloureuse.

En Autriche, un cas de Weiss (9).

En France, différents travaux vulgarisent la connaissance de l'adipose douloureuse, notamment la thèse de Sellerin (10),

(1) J. Kaplan et A. Fédoroff, *Meditzinskoïe Obosrenje*, 1902, n° 6.

(2) Papi, *Gazetta degli ospedali e delle cliniche*, n° 24, 9 mars 1902.

(3) Billings, *Chicago med. recorder*, 1903.

(4) Gordinier, *Vermont med. month. Burlington*, 1903, p. 193.

(5) Cecchini, *Gazette médicale de Rome*, 1903, p. 451.

(6) Colbertado, *Revue des sciences médicales*, Venise, 1903, p. 350.

(7) Silvestrini, *Bull. de la Soc. Estachiano*, Camerino, 1903.

(8) Thimm, *Monatschrift für praktische Dermatologie*, Berlin, 15 mars 1903.

(9) Weiss, *Wien klin. Wochenschr.*, 1903, p. 496.

(10) Sellerin, Thèse Paris, 25 mars 1903.

les articles de Cheinisse (1) et de Sicard (2) ; enfin, la revue générale de Sainton et Ferrand (3).

En 1904, nous trouvons les thèses de Houée et de Miquel, avec un certain nombre d'observations inédites : dans la thèse de Houée nous trouvons 5 observations dues à MM. Dide et Leborgne, recueillies à l'Asile d'aliénés de Rennes ; et, dans la thèse de Miquel, deux observations inédites, l'une due à M. le professeur Roger et l'autre à M. le docteur Sainton.

La littérature médicale compte environ une soixantaine de cas de maladie de Dercum, nous donnons ci-après toutes les observations que nous avons pu retrouver.

OBSERVATION LXXI

Dercum.—University med. Magazine, décembre 1888, p. 140

M. G..., âgée de 51 ans, domestique.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Enfant, elle eut la rougeole et la scarlatine. Régée à 15 ans, mariée à 18 ans ; la ménopause survint brusquement à 35 ans. Vers 50 ans, elle s'aperçut que la partie supérieure des bras et des épaules s'enflait ; ce gonflement se continua un an environ sans s'accompagner d'autres symptômes. Plus tard enfin, elle eut un genou frappé d'arthrite rhumatismale.

Le 4 juin 1887, elle entre dans le service du docteur Dercum, en présentant une augmentation de volume anormale de certaines régions du corps et en particulier des épaules,

(1) Cheinisse, *Sem. médicale*, 1903, p. 221.

(2) Sicard, *Soc. méd. des Hôpitaux*, octobre 1903.

(3) Sainton et Ferrand, *Gaz. des Hôpitaux*, 1903, p. 957.

du dos, des bras, des régions antéro-latérales de la poitrine. Aux épaules et au dos on trouvait d'énormes masses pendantes. Ces tissus étaient élastiques, ne conservant pas l'empreinte des doigts et donnant en certains points au toucher la sensation de quelque chose de finement lobulé. La peau n'est pas épaissie et libre de toute adhérence avec les tissus sous-jacents. Les mouvements du bras droit étaient excessivement douloureux. La tête était immobile car le moindre mouvement du cou réveillait de vives douleurs. La malade fut soumise à la médication salicylée, il y eut atténuation manifeste des douleurs mais de peu de durée. Il y eut dans la suite des alternatives de calme et de paroxysmes douloureux. En mars 1888, on vit apparaître des masses douloureuses dans les triangles cervicaux postérieurs. Et c'est ainsi que continuant à passer par ces alternatives de calme relatif et de douleur plus ou moins vive, la malade arriva jusqu'en 1900, époque à laquelle elle mourut de faiblesse cardiaque.

Pendant la vie de la malade, Dercum avait à plusieurs reprises, retiré à l'aide du trocart de Duchenne divers fragments des bras. Au début, ils avaient la consistance de la gelée, étaient translucides et se montraient au microscope formés de tissu conjonctif avec de grandes cellules fusiformes à gros noyaux, sans cellules graisseuses.

Plus tard on trouva des cellules graisseuses. Plus tard enfin la tumeur sembla être composée presque exclusivement de graisse.

A l'autopsie, on trouve un tissu adipeux très abondant ne différant pas du tissu adipeux normal ; des lésions de névrite interstitielle, et une atrophie de la glande thyroïde.

OBSERVATION LXXII

Henry. — Journal of nervous and mental diseases, mars 1891, p. 154

Hélène W..., 63 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort alcoolique. Mère morte à 28 ans d'œdème du cerveau, comme le prouve l'autopsie.

Antécédents personnels. — Alcoolique. Réglée à 11 ans jusqu'à 35 ans, époque à laquelle les règles cessèrent brusquement. Il y a 4 ans, elle constata au niveau de ses genoux une enflure qui alla en augmentant graduellement ; à peu près à cette époque apparut un gonflement à la région épigastrique, qui se mit peu à peu à envahir tout l'abdomen. Enfin, il y a un an, une poussée rhumatoïde au niveau de la main et des bras.

A l'examen, on trouve chez la malade la sensibilité diminuée. Elle donne d'abord l'impression d'une femme très obèse, mais à une étude plus attentive on voyait que la graisse était irrégulièrement distribuée. A ce moment la malade ressent des douleurs très vives dans les masses adipeuses de l'hypochondre droit. La malade très faible ne se déplace que difficilement dans son lit. Pendant un an l'obésité va en augmentant et le 22 décembre 1891 la malade succombe à une congestion avec œdème pulmonaire.

A l'autopsie, on trouve à signaler une glande thyroïde petite, indurée et infiltrée de matières calcaires, une surcharge graisseuse énorme de la paroi abdominale et des divers organes.

OBSERVATION LXXIII

Dercum. — Journal of the medical sciences, décembre 1892

M..., veuve, 64 ans.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Il y a quelques années apparition d'une tumeur derrière le cou, depuis apparition successive d'autres tumeurs en différents points. Ménopause à 46 ans. Perte de la mémoire depuis deux ans environ.

Etat actuel. — La malade est faible, reste couchée, apathique. L'examen révèle la présence de masses molles, volumineuses, et de tuméfactions diversement situées. On en trouve deux au niveau des biceps ; deux plus petites en avant et en arrière de chaque bras. Sur le ventre : deux masses de larges dimensions séparées au niveau de l'ombilic par un pli transversal assez profond. Une autre tuméfaction fait proéminer la région du Mont de Vénus. Une néo-production volumineuse fait saillie sur la nuque ; tandis qu'une infiltration donne à chaque moitié du dos l'aspect d'un sérieux rembourrage.

Pas de néoformation au niveau des membres.

Ces différentes masses sont très douloureuses au toucher. La sensibilité cutanée est généralement diminuée. La malade affirme ne pas transpirer depuis plusieurs années. Elle va en s'affaiblissant incessamment, malgré un régime fortifiant et stimulant et elle meurt le 5 novembre dans le coma.

Autopsie. — Corps présentant des masses graisseuses irrégulièrement distribuées ; la peau est normale, le tissu sous-cutané de l'abdomen offre l'aspect d'une masse d'un gras blanc. Le cœur et les divers viscères sont surchargés de graisse. Thyroïde hypertrophiée. Les préparations histologiques ont été égarées.

OBSERVATION LXXIV

Morlot et Gallois. — Bourgogne médicale, mars 1894

C..., 48 ans, ouvrier, entre à l'hôpital le 23 août 1894.

Antécédents héréditaires. — Père mort asthmatique, mère hystérique.

Antécédents personnels. — Le sujet a eu de 20 à 30 ans trois fluxions de poitrine. Actuellement le sujet présente un gonflement symétrique des deux bras, gonflement à forme conique dont la base serait tournée vers l'épaule. Un gonflement analogue existe aux cuisses.

Au toucher ces tuméfactions donnent la sensation d'un tissu de consistance non homogène, on y perçoit des granulations assez dures disséminées dans une gangue adipeuse située au dessous de la peau et en dehors des muscles.

Le malade présente encore de l'hyperesthésie, des zones hystérogènes et une atrophie congénitale des testicules.

Traitement : l'IK, le KBr, l'As, la strychnine, les bains sulfureux, les douches, l'électricité n'ont absolument rien produit.

OBSERVATION LXXV

Ewald. — Berliner Klin. Wochenschrift, janvier 1895

Un homme de 47 ans vint consulter Ewald au sujet de son obésité. Son adipeuse revêtait un aspect spécial. Les bourrelets graisseux occupaient la nuque, les régions pectorales et ombilicales. Il ressentait à ces endroits des douleurs lancinantes rappelant les douleurs névralgiques. Le malade transpire peu malgré son obésité.

Le malade se trouva amélioré par le traitement thyroïdien.

OBSERVATION LXXVI

William Spiller. — Medical News, février 1898

Il s'agit de 3 observations d'adipose douloureuse.

Mlle B..., 29 ans.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Quelques crises de rhumatisme au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. On trouve chez elle une augmentation considérable du volume des cuisses ; hyperplasie au niveau des régions lombaires et fessières surtout formée aux dépens du tissu graisseux. Ces différentes tumeurs graisseuses sont très douloureuses, mais avec des crises paroxystiques.

Dans le 2^e cas il s'agit d'une femme qui, à partir de la ménopause survenue à 40 ans commença à grossir et à souffrir de douleurs plus ou moins violentes au niveau du tronc et des membres ; la pression d'une région quelconque du corps est douloureuse ; on ne trouve pas chez elle de nodules graisseux nettement circonscrits.

Le 3^e malade de W. Spiller est une femme mariée, qui à partir de 35 ans se mit à engraisser d'une façon considérable ; en même temps des phénomènes douloureux apparaissaient. En même temps de petits nodules graisseux apparaissent le long des membres inférieurs. Aucun stigmate d'hystérie.

OBSERVATION LXXVII

Eshner. — The journal of the Amer. med. Ass., 12 novembre 1898.

M. G..., 48 ans, admise le 6 juin 1896 à l'hôpital de Philadelphie.

Antécédents héréditaires. — Appartient à une famille de gens obèses.

Antécédents personnels. — Rien à signaler en dehors de ce qui a trait à la maladie actuelle. A une date qu'elle ne peut déterminer elle a remarqué une augmentation de volume du ventre et des membres inférieurs, puis des membres supérieurs ; en même temps apparaissaient des douleurs intenses dans le dos. Actuellement la malade présente une adipose généralisée qui n'a respecté que les mains, les pieds et la tête. On ne peut pas sentir la glande thyroïde. L'extrait thyroïdien n'a produit aucun résultat.

OBSERVATION LXXIX

Hale-White. — British medical journal, 2 décembre 1899

A. F..., 22 ans, entre à l'hôpital le 29 juillet 1899.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Vers l'âge de 12 ans la malade commence à grossir, les tuméfactions commencent par les jambes puis envahissent le corps tout entier si bien qu'à 13 ans elle pesait 126 kilos. Vers 15 ans l'intellect commence à être atteint. A 20 ans surviennent des crises épileptiformes.

Le traitement thyroïdien est essayé sans aucun résultat.

OBSERVATION LXXX

Féré. — Médecine Moderne, décembre 1898

Mme B..., 42 ans, hystérique, mère de cinq enfants. En 1894, à la suite de son 5^e allaitement, elle a commencé à prendre de l'embonpoint, en même temps qu'elle commençait à éprouver des douleurs sous la peau ; d'abord au niveau du thorax, puis au niveau des bras et des cuisses.

En même temps son mari lui fit constater que l'on sentait sous la peau des masses lobulées ; et en effet : actuellement la peau qui est souple ne présente aucune altération, on sent sous elle, au niveau du thorax des masses lobulées grosses comme des pois ou des noisettes. Seule la palpation profonde est douloureuse. Pas de lésions apparentes de la glande thyroïde.

Chez le deuxième malade de Féré, il s'agit de :

Mme M..., 46 ans.

Antécédents héréditaires et antécédents personnels. — Rien à signaler. La ménopause se produisit brusquement à 41 ans à la suite d'une frayeur. A partir de ce moment elle commença à engraisser et remarqua qu'il se formait sous la peau des nodosités douloureuses à la pression, et dont le volume varie depuis celui d'un pois à celui d'une amande.

Aucune douleur sur le trajet des nerfs. Pas de lésions de la peau. Pas de lésions apparentes du corps thyroïde.

OBSERVATION LXXXI

Eshner.— The journal of the Amer. med. Ass., décembre 1898

Une femme de 36 ans, bien portante, est projetée d'une voiture à la suite d'une collision. Très peu de temps après apparaissait à l'avant-bras gauche, 7 petites tumeurs dont le volume variait depuis celui d'une noisette à celui d'une noix, et constituées en apparence par du tissu graisseux. Leur palpation cause de vives douleurs à la malade. Pendant quelques mois elles viennent de plus en plus volumineuses et de plus en plus douloureuses. Neuf mois après on constate l'apparition à la partie inférieure du dos et au niveau de la région sacrée la présence de tumeurs molles, douloureuses au palper, identiques aux premières, mais plus volumineuses.

OBSERVATION LXXXII

Giudicéandréa: — Revue de Pathologie nerveuse et mentale, 1900

Femme T..., paysanne, 44 ans.

Antécédents héréditaires et antécédents personnels. — Rien à signaler.

Excellente santé jusqu'en 1892. Cette année-là, sans cause appréciable, elle commença à ressentir une forte douleur dans la région sacrée et sur la fesse gauche avec irradiation dans le membre inférieur.

En 1897, les douleurs s'accrurent et s'étendirent à l'abdomen, au thorax, aux épaules, aux bras, en même temps que la couche celluleuse sous-cutanée des fesses et des cuisses se mettait à augmenter considérablement. L'augmentation de vo-

lume, toujours accompagnée de douleurs gagnait l'abdomen, les parois thoraciques, les épaules, les bras. Les douleurs empêchaient la malade de se mouvoir et l'on s'étonnait qu'elle pût engraisser au milieu de tant de souffrances.

A l'examen, on trouve sur presque tout le corps le tissu cellulaire sous-cutané anormalement développé. Au tronc, la stéatose est notable. Dans le décubitus dorsal la peau se dispose en trois gros plis séparés par des sillons profonds. La sorte que l'ombilic est abaissé et dévié à droite. Les cuisses paroi abdominale qui est très développée retombe, de telle sont très grosses ; l'adipose est discrète au niveau des mollets.

La motilité est fort diminuée. La sensibilité est conservée.

La malade est améliorée par le traitement thyroïdien.

OBSERVATION LXXXIII

Ch. W. Burr. — The journal of nervous and mental diseases, octobre 1900

G. L..., 36 ans, est apportée à l'hôpital dans un demi-coma.

On ne peut avoir aucun renseignement sur son histoire. Elle était très grasse et pesait environ 150 kilos. A côté d'une hyperplasie générale et uniforme de graisse sous-cutanée il y avait de grandes masses pendantes sur les parties supérieures des bras, des cuisses, de l'abdomen. La malade resta plusieurs semaines à l'hôpital, toujours dans un état de demi-coma, avec de l'incontinence de la vessie et du rectum et mourut ensuite avec de l'œdème pulmonaire et tous les symptômes d'un mal de Bright aigu.

A l'autopsie on trouva un gliome du corps pituitaire.

La glande thyroïde était de volume normal. La graisse se présentait sous forme de nodules isolés, encapsulés, leur vo-

lume variait depuis celui d'un pois à celui d'une noisette. Ils étaient circonscrits par une capsule fibreuse distincte. De plus, les filets nerveux présentaient des lésions très nettes de névrite interstitielle.

OBSERVATION LXXXIV

Achard et Laubry. — Revue Neurologique, avril 1901

Sur 2 cas d'adipose douloureuse.

Catherine L..., 79 ans, entre le 6 mars 1901 à l'hôpital Tenon, salle Magendie, n° 15.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 23 ans ; pneumonie à 38 ans.

Il y a 15 ans, à la suite d'une chute provoquée par une violente émotion elle entre à l'hôpital Tenon pour une contusion de la hanche. A partir de ce moment la malade ressent des douleurs localisées à la cuisse, puis à la région lombaire, puis enfin généralisées, affectant la continuité des membres. Découvrant la malade on est frappé de son obésité et de la disposition des masses adipeuses qui ne respectent que les extrémités (mains et pieds) et à la face. Ces masses adipeuses ont une consistance résistante, élastique, et sont fort douloureuses à la pression. Motilité diminuée ; sensibilité conservée ; la palpation du cou ne permet pas de délimiter le corps thyroïde (planche n° 6).

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une femme de 68 ans, journalière.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 22 ans. Ménopause à 45 ans. Présence sur les membres des pannicules

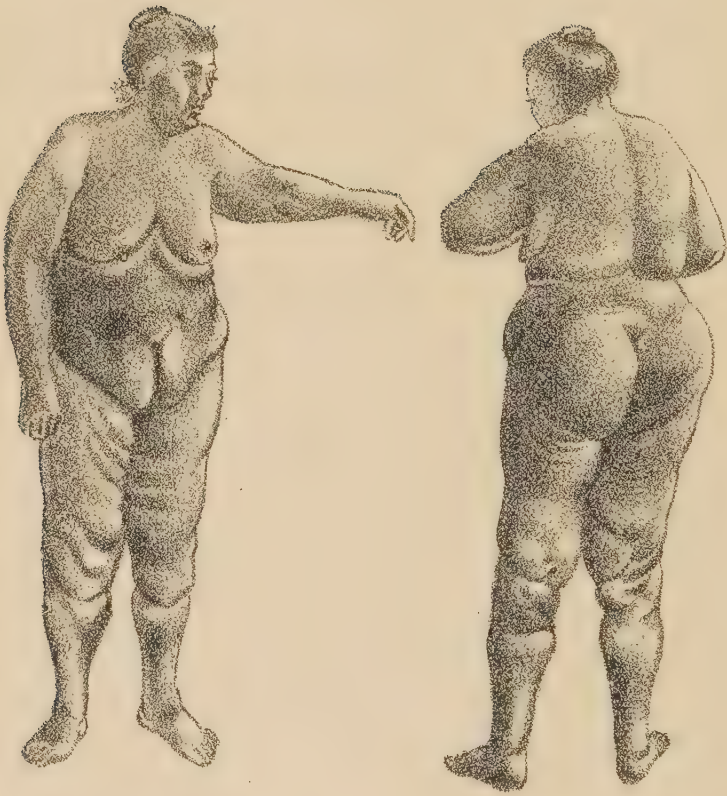


Planche 6

Adipose douloureuse diffuse et généralisée ou maladie de Dercum. — Malade de
MM. Achard et Laubry.— *Revue Neurologique*, avril 1901.—Observ. LXXXIV

adipeux distribués d'une façon symétrique, semblant bridés en bas par un étranglement aponévrotique, et en haut se continuant sans démarcation avec le tissu cellulaire sous-cutané voisin.

A la palpation, résistance lipomateuse. Sensibilité au contact et à la douleur conservée. Légère glycosurie.

OBSERVATION LXXXV

Galland et Garrand (1)

Femme B..., 48 ans, mariée.

Antécédents héréditaires et antécédents personnels. — Rien à signaler.

Présence sur les avant-bras d'une dizaine de petites tumeurs dont l'aspect rappelle celui du lipome. Pas de douleurs sur le trajet des gros troncs nerveux. En revanche, des crampes douloureuses dans les avant-bras. Le traitement thyroïdien procure à la malade une légère amélioration.

OBSERVATION LXXXVI

Louis Rénon et Jean Heitz. — *Revue Neurologique*, 1901, p. 704

S..., 60 ans, cuisinière, entre dans le service de M. le professeur Déjerine pour des douleurs dans les membres et les articulations.

Antécédents héréditaires et antécédents personnels. — Rien à signaler.

(1) Galland et Garrand, Thèse de Vitaut, Lyon, 10 juillet 1901.

La malade a eu 11 enfants ; après la huitième couche, elle a vu apparaître des tumeurs douloureuses. Les douleurs allaient en augmentant à mesure que les tumeurs augmentaient de volume. Ces tumeurs sont localisées au niveau des avant-bras et des bras. La malade souffre de plus des articulations des mains, des coudes, des genoux et des chevilles. La radiographie n'indique aucune altération des surfaces articulaires.

La force musculaire est diminuée. Réflexes tendineux normaux.

La ménopause arrêta l'évolution des masses adipeuses, calma les douleurs, mais on nota une recrudescence dans les arthropathies. Il semble qu'il s'est produit là un phénomène de bascule semblable à ceux que nous voyons journellement se produire dans l'histoire des arthritiques.

OBSERVATION LXXXVII

J. Roux, de Saint-Etienne.— *Revue Neurologique*, 15 janvier 1902

Mlle G..., âgée de 53 ans.

Rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Il y a 15 ans apparurent chez elle tous les signes classiques de la maladie de Basedow. De plus, elle présente sur les deux avant-bras une quinzaine de petits lipomes encapsulés, semblables à ceux qui s'observent dans la forme nodulaire de la maladie de Dercum. Ils s'accompagnent d'une douleur légère quand le malade fait un effort.

OBSERVATION LXXXVIII

Oddo et Chassy. — Revue Neurologique, 30 janvier 1902

Anna C..., 34 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Marseille, le 10 mai 1901.

Antécédents héréditaires. — Père mort avec des phénomènes paralytiques ayant duré plusieurs mois. Mère rhumatisante.

Antécédents personnels. — Rien à signaler jusqu'à la maladie actuelle.

Maladie actuelle. — La malade se plaint depuis le mois de mars de douleurs articulaires au niveau des genoux et des coudes, mais sans gonflement appréciable : au bout de quelque temps apparaissent des nodosités prétibiales et sus-malléolaires des deux côtés. Au moment de son entrée à l'hôpital, la malade présente une adipose prédominant surtout au niveau des jambes : elle présente là une série de mamelonnements très caractéristiques séparés par des dépressions. Au niveau des cuisses l'adipose est très marquée, mais plus diffuse. Au niveau des membres supérieurs on a un aspect semblable, mais moins accentué.

Au niveau du tronc, l'obésité est plus diffuse, sans disposition régionale ni mamelonnement caractéristique. On note encore :

Un état sclérodermique de la peau au niveau des régions où siège l'adipose. Douleurs articulaires aux coudes et aux poignets. La face contraste par sa maigreur avec l'obésité du reste du corps. Sensibilité normale. Réflexes normaux. La malade voit sa situation légèrement améliorée par la médication thyroïdienne.

OBSERVATION LXXXIX

J. Kaplan et A. Fedoroff. — Mediz. Obosrenje, juin 1902

Mlle N. V..., 56 ans, célibataire.

Antécédents héréditaires. — Père tuberculeux ; mère rhumatisante.

Antécédents personnels. — Pneumonie à 13 ans.

Réglée de 15 à 45 ans. A présenté dans son enfance des signes non équivoques d'hystérie. Elle présente de vives douleurs dans tout le corps et de l'adipose généralisée. Le traitement thyroïdien n'amène qu'une légère amélioration dans l'état de la malade.

OBSERVATION XC

Gilbert Ballet. — Journal des Praticiens, 13 septembre 1902

Femme de 68 ans. Une certaine obnubilation du cerveau l'empêche de fournir de grands renseignements sur son passé. Il y a 6 ans environ, elle accusait des souffrances vives dans les membres inférieurs et les bras, et peu de temps après survint un engraissement rapide des parties douloureuses, et aujourd'hui la malade montre une tuméfaction énorme des membres inférieurs. La jambe est entourée d'un véritable manchon adipeux, tandis que le pied est à peu près normal. L'adipose remonte le long des cuisses, gagne l'abdomen et finit dans la partie supérieure du thorax.

Aux membres supérieurs, même disposition qu'aux membres inférieurs. L'aspect du visage est maigre. Il contraste singulièrement avec l'obésité générale. La palpation permet

de bien reconnaître et de dissocier sous la peau un certain nombre de lobules graisseux circonscrits et comme entourés d'une enveloppe fibreuse ; mais en d'autres points la graisse est diffuse et ne se laisse pas ramasser de la sorte. On a donc affaire à la fois à une lipomatose lobulée et à une lipomatose diffuse ; c'est une forme intermédiaire entre deux groupes voisins.

En plus de l'adipose, la malade ressent des douleurs se présentant, soit sous forme de sensations contusives, soit sous forme de brûlures. Quelques phénomènes achèvent de dessiner l'affection. Sensation de fatigue au moindre effort ; de plus, quelques phénomènes mentaux ; caractère triste, irritable, avec une certaine tendance à la dépression mélancolique.

DERCUM : AUTOPSIE D'UN CAS D'ADIPOSE DOULOUREUSE

Journal américain des Sciences médicales, décembre 1902

Les lésions les plus intéressantes constatées à l'autopsie furent les suivantes :

Un adéno-carcinome du corps pituitaire ; Des dispositions anormales des circonvolutions cérébrales ; Des lésions de névrite interstitielle ; De l'atrophie testiculaire ; De la néphrite parenchymateuse aiguë ; Un érysipèle cutané.

OBSERVATION XCI

Rénon et Louste. — Société médicale des Hôpitaux, décembre 1902

D. A..., 47 ans, entre à l'hôpital Necker le 5 novembre 1902. Il se plaint de douleurs lombaires et épigastriques lui empêchant tout travail. Il signale également l'existence de petites

tumeurs douloureuses, mobiles sous la peau, sur lesquelles aucun des médecins qu'il a consultés n'a pu lui donner d'avis. Il présente les apparences d'une constitution robuste.

Antécédents héréditaires et antécédents personnels. — Rien à signaler.

Histoire de la maladie actuelle. — Il y a 20 ans environ, le sujet reçut un coup de timon de voiture dans la région lombaire. A la suite de ce trauma, il apparut dans cette région une tumeur sous-cutanée dont le volume augmenta par poussées douloureuses.

Il y a trois ans, apparurent sans causes apparentes des douleurs lombaires exagérées par la pression ou la marche, calmées par le repos au lit. Sur le conseil de son médecin, il pratiqua des frictions, et fut ainsi amené à remarquer qu'à la friction certains points du corps étaient plus douloureux que d'autres. En ces points se trouvaient des tumeurs du volume d'une noisette ; on les trouvait à la face interne des bras, sur le thorax, sur l'abdomen.

Le malade devint taciturne, il fut envahi par des idées noires, il parla de suicide. Ces douleurs l'ont obligé à cesser tout travail. Les tumeurs sont de consistance ferme, lobulée, rappelant celle du lipome.

La sécrétion sudorale est notablement diminuée chez notre malade. Une biopsie pratiquée par M. Louste montra que ces tumeurs étaient formées par du tissu conjonctif limitant des espaces occupés par des cellules adipeuses.

OBSERVATION XCII

Dide et Leborgne (1) [cité dans la thèse Houée]

Nous trouvons rapportés 5 cas d'adipose douloureuse :

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de 70 ans.

Antécédents héréditaires et antécédents personnels. — Néant.

Les jambes et les cuisses sont très volumineuses. Aux fesses il y a une lipomatose diffuse. Le dépôt de tissu adipeux est très marqué au niveau de l'abdomen et du thorax. Au bras la lipomatose est surtout marquée à la partie postérieure. La pression est douloureuse au niveau des masses lipomateuses.

Au point de vue mental la malade est considérée par MM. Dide et Leborgne comme une catatonique agitée.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une femme de 75 ans. Parents rhumatisants.

Antécédents personnels. — Rien à signaler. Réglée de 13 ans à 51 ans.

Actuellement, ses pieds présentent de l'infiltration élastique non douloureuse et sans cyanose. On remarque un gros lobule adipeux situé derrière les malléoles. Deux gros lipomes existent à la face interne de l'articulation du genou. L'adipose est considérable aux cuisses dont la peau semble bridée à certains endroits par des bandes fibreuses. La région abdominale est encerclée par de gros bourrelets adipeux. Les

(1) Houée, Thèse Paris, 1904 ; observations prises à l'asile d'aliénés de Rennes.

bras et les avant-bras sont infiltrés d'une façon uniforme par la graisse. Les pieds, les mains et la face sont respectés par l'adipose. Au point de vue mental, elle présente des alternatives de dépression mélancolique et d'excitation maniaque.

Dans le troisième cas, il s'agit encore d'une femme, dont les membres supérieurs, inférieurs et le tronc sont infiltrés par l'adipose. Les mains, le cou et la face sont respectés.

Les observations 4 et 5 sont analogues aux précédentes.

OBSERVATION XCIII

Miquel (1)

Catherine P., 69 ans, entre à Beaujon le 21 décembre 1903.

Antécédents héréditaires et personnels. — Rien à signaler.

Etat actuel. — La malade est porteuse de tumeurs se présentant sous forme de masses faisant saillie sous la peau, particulièrement au niveau des bras, où elles sont le plus développées. A côté de ces saillies plus volumineuses, il en existe d'autres qui ne font pas saillie à l'œil, mais, que l'on perçoit par la palpation dans la profondeur du tissu cellulaire sous-cutané. Le volume de ces tumeurs varie depuis celui d'une noisette à celui d'un œuf de pigeon. Au niveau des bras et des avant-bras, les tumeurs sont symétriques.

Au thorax et à l'abdomen, les tumeurs ne sont accessibles qu'à la palpation. On en trouve quelques-unes le long du bord inférieur du grand pectoral, et une série sur les parties latérales de l'abdomen.

Aux membres inférieurs, on trouve de chaque côté une tu-

(1) Miquel, Thèse Paris ; observation personnelle due à l'obligeance du docteur Sainton, p. 72.

meur d'aspect lipomateux au niveau du tiers inférieur de la cuisse. Ces tumeurs, primitivement indolores, sont ensuite devenues douloureuses.

La malade présentant quelques taches pigmentaires, on pensa un instant à la neuro-fibromatose de Recklinghausen ; mais, en présence du caractère de symétrie des tumeurs, de leur consistance lipomateuse, de leur aspect nodulaire et de la douleur, le diagnostic posé fut : « maladie de Dercum à forme nodulaire ».

OBSERVATION XCIV

Recueillie dans le service de M. le professeur Rauzier et due à l'obligeance de M. le Dr Cuq, chef de clinique

Jeanne W..., 49 ans, lingère. La malade est entrée à l'hôpital il y a plus de cinq ans pour des douleurs dans les jointures, la poitrine et la tête.

Antécédents héréditaires. — Le père de la malade est mort à 70 ans de rhumatisme. Sa mère est morte à 26 ans des suites de couches.

Antécédents personnels. — La malade a eu dans son enfance une bronchite et une fièvre typhoïde. Elle raconte qu'elle était essoufflée au moindre effort. Elle a été réglée à 14 ans ; la ménopause est arrivée sans incidents à 45 ans.

Etat actuel. — La malade est actuellement obligée de garder le lit, d'où elle ne s'est plus levée depuis trois ans. Elle a beaucoup de peine à s'y remuer. Sa face est bouffie, légèrement colorée en rose, les yeux saillants.

La partie inférieure de la tête est considérablement augmentée, donnant au facies de la malade l'aspect caractéristique de « tête en poire » ou de « pleine lune » de la maladie de Basedow.

La mémoire de la malade est bien conservée ; elle présente cependant un peu de bradypsychisme avec des idées noires. Son caractère est très impressionnable.

La vue est bonne, les pupilles normales. Les sphincters sont en bon état.

On note à l'examen de l'exophtalmie, un pouls à 104, du tremblement des extrémités. Le cœur a des battements réguliers et peu énergiques ; le premier bruit est dédoublé. Quoique dans ces derniers temps la malade ait considérablement grossi, la palpation permet encore de sentir assez nettement le corps thyroïde. Nous le trouvons légèrement atrophié.

Ces divers symptômes ont permis de porter le diagnostic de « maladie de Basedow » à ceux qui ont eu l'occasion d'examiner la malade.

Mais, de plus, le tissu adipeux, chez notre malade, s'est dans ces derniers temps considérablement développé, et c'est ainsi que les jambes, les cuisses, l'abdomen, le thorax, les membres supérieurs se trouvent maintenant envahis par l'adipose. Chose curieuse, les mains, les pieds et la face ne sont pas respectés, puisque l'adipose a envahi les extrémités jusqu'au niveau des articulations métacarpo et métatarso-phalangiennes. De plus, la malade ressent toute la journée des douleurs dans le ventre, la poitrine et la tête ; elle ne peut qu'à peine se remuer dans son lit ; elle a les plus grandes difficultés pour tourner la tête ou remuer ses mains. C'est qu'en effet elle présente de multiples arthropathies ; ses os se sont complètement hypertrophiés, et l'on conçoit ainsi pourquoi la pression dans n'importe quel point du corps fasse ressentir à la malade des douleurs extrêmement vives.

En présence de ces symptômes, dont les uns se rattachent manifestement au goître exophtalmique et les autres à l'adipose douloureuse, M. le professeur Rauzier porta le diagnos-

tic de « maladie de Dercum évoluant chez une malade primitivement atteinte de maladie de Basedow » (1).

Il nous est maintenant possible avec ces diverses données de faire une revue d'ensemble de la maladie de Dercum.

SYMPTOMATOLOGIE

L'adipose douloureuse est une affection caractérisée par le dépôt de graisse dans le tissu cellulaire sous-cutané, s'accompagnant de phénomènes douloureux au niveau des néo-productions lipomateuses.

Cette affection évolue généralement chez la femme, et après 40 ans.

Le début de l'affection est généralement lent et insidieux; les malades ressentent en certains points du corps une sensation de brûlure, de piqûre, d'élançement, de fourmillement, etc. Les douleurs, au début très supportables, vont ensuite en augmentant d'intensité. Bientôt une palpation attentive permet de reconnaître l'existence sous la peau de petites nodosités mobiles, douloureuses à la pression, dont le nombre va en augmentant.

Cependant, dans certains cas, ce sont les tumeurs qui précèdent les douleurs, puis surviennent des poussées douloureuses, pendant lesquelles les tumeurs augmentent de volume (Cas du malade de MM. Rénon et Heitz).

(1) Cette malade figure dans la thèse de notre ami M. le docteur Jacquemet (Montpellier, 1900), chef de clinique des maladies mentales, comme atteinte de myxœdème fruste.

A la période d'état, l'affection est caractérisée par deux symptômes principaux : les tumeurs et la douleur, auxquels il faut joindre, bien qu'ils aient une moindre importance, l'asthénie et les troubles mentaux.

TUMEURS. — L'adipose douloureuse peut se présenter sous trois formes différentes :

1° *La forme nodulaire*, qui est caractérisée par des tumeurs plus ou moins volumineuses, plus ou moins nombreuses, plus ou moins symétriques, et, de l'avis de tous les auteurs qui se sont occupés de la question, rappelant les lipomes multiples. (Nous reviendrons plus loin sur ce point.)

2° *La forme diffuse localisée*, dans laquelle l'adipose se cantonne à un membre ou à un segment de membre sous forme de masses étendues.

3° *La forme diffuse généralisée*, dans laquelle le corps tout entier participe à l'hyperplasie du tissu cellulaire sous-cutané.

Mais ce qui vient compliquer la question, c'est qu'entre ces types cliniques bien définis on trouve des formes intermédiaires (cas de G. Ballet, d'Oddo et Chassy), où il s'agit à la fois de formes nodulaires et de formes diffuses.

Nous allons présenter en quelques mots les principaux caractères de chacune de ces formes.

a) *Forme nodulaire*. — C'est celle que l'on observe le plus souvent au début de l'affection. On sent à certains endroits des tuméfactions peu étendues, à consistance lipomateuse, évoluant par poussées successives et dont le volume peut varier depuis celui d'une noisette à celui d'une mandarine. Ces tumeurs sont mobiles en tous sens, sous la peau et sur les muscles sous-jacents. Ces tumeurs peuvent se trouver sur n'importe quelle partie du corps, mais les pieds, les mains et la face sont toujours indemnes.

b) *Forme diffuse localisée.* — Elle peut être primitive ou secondaire. Elle est secondaire si elle succède à la forme nodulaire quand plusieurs nodules voisins arrivent à la confluence. Cependant elle est généralement primitive, l'adipose englobant tout un membre ou un segment de membre. La maladie débute alors par un gonflement œdémateux de la région auquel succède bientôt une infiltration graisseuse en nappe. L'adipose peut également siéger au tronc formant des masses pendantes sur les épaules et sur le dos. Dans la forme diffuse siégeant sur les membres, l'adipose s'arrête toujours au niveau des poignets ou des malléoles où elle se trouve comme bridée par un étranglement aponévrotique. Les rapports avec les tissus voisins sont les mêmes que dans la forme nodulaire. Les masses lipomateuses n'adhèrent ni à la peau, ni aux muscles sous-jacents.

c) *Forme diffuse généralisée.* — Les types en sont les malades de Giudiceandrea et de MM. Achard et Laubry. Cette forme présente les plus grandes analogies avec le myxœdème. Cette forme peut être primitive ou secondaire ; secondaire à une forme diffuse localisée, à un membre ou un segment de membre puis généralisée au corps tout entier, ou bien généralisée d'emblée. Dans ce cas les malades donnent l'aspect de gens excessivement obèses. Les pieds, les mains, et la face qui sont toujours respectés contrastent par leur maigreur avec le reste du corps. En raison de l'abondance de l'adipose les malades deviennent absolument impotents et sont souvent condamnés à un repos absolu.

DOULEURS. — Les douleurs sont spontanées ou provoquées ; elles peuvent revêtir, comme nous l'avons vu, les caractères les plus variés. Quand la maladie est bien constituée les douleurs peuvent être violentes et presque continues ; à un degré

moindre, la douleur peut être rappelée au moindre mouvement, à la moindre pression ; et à un degré moindre encore la douleur ne sera éveillée que par une pression assez forte au niveau des lobules adipeux. Le repos et la chaleur du lit calment assez bien ces douleurs, et peuvent en retarder l'apparition.

ASTHÉNIE. — L'asthénie est un symptôme qui a été noté par la plupart des observateurs. Elle peut exister à des degrés divers, mais manque rarement. Cette asthénie évolue progressivement ; les malades ne se plaignent tout d'abord que d'une sensation de faiblesse ; au moindre effort, ils se sentent fatigués, puis la marche devient pénible ; et quand la maladie est arrivée à son plus haut degré les malades sont condamnés à garder le lit.

TROUBLES PSYCHIQUES. — Ils ont été notés chez un certain nombre de malades ; ce sont surtout des idées de tristesse et un affaiblissement de la mémoire.

ETIOLOGIE

Il est impossible, encore actuellement, de donner une cause véritablement efficiente de cette affection. Cependant il est permis de dire que cette maladie se développe dans certaines conditions d'âge, de sexe, assez bien déterminées et que certaines diathèses semblent en favoriser l'éclosion.

Parmi les causes prédisposantes, on peut citer : l'hérédité, et l'hérédité nerveuse qui a pu être incriminée un certain nombre de fois. (Malades de Morlot et Gallois, malade de Féré.)

La diathèse arthritique semble jouer un rôle non moins incontestable dans la genèse de l'adipose douloureuse.

La fréquence de l'affection chez la femme est un fait indiscutable ; ce n'est qu'exceptionnellement qu'on a vu la maladie de Dercum évoluer chez l'homme.

L'âge a également une influence dont il faut tenir compte, car si l'on a vu parfois l'affection évoluer chez les malades de 12 ans, de 20 ans, comme ceux de Hale-White ou de William Spiller, dans la plupart des cas, c'est après la ménopause que l'on voit se développer l'obésité. Enfin, comme cause déterminante, nous devons citer le *traumatisme* qui, au moins dans le cas d'Eshner, a semblé être le « primum movens » de l'affection.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Anatomie microscopique des nodules graisseux. — Nous avons vu que Dercum avait eu la bonne fortune de saisir sur le vif la succession régulière et progressive des diverses phases anatomo-pathologiques de l'affection.

A l'aide de coupes successives il a pu suivre l'évolution anatomique des néoplasies à leurs divers stades de développement ; et il a vu successivement le gonflement œdémateux initial aboutir à la transformation adipeuse puis à la sclérose terminale.

Les autres lésions signalées à l'autopsie et méritant d'être indiquées sont :

Des lésions du corps thyroïde (4 fois sur 5 autopsies. — La glande avait son volume modifié (1 fois atrophie, 3 fois hypertrophie), de plus, la glande était plus dure que normalement et avait subi l'infiltration calcaire.

Du corps pituitaire (2 fois sur 5 autopsies. — 1 fois l'on

trouva une dégénérescence gliomateuse de l'hypophyse et 1 fois un adéno-carcinome de l'organe.

Des lésions des filets nerveux périphériques (5 fois sur 5 autopsies. — On trouva des lésions de névrite interstitielle intense, portant sur les filets nerveux périphériques qui cheminent dans le tissu graisseux sous-cutané. Ces lésions consistaient en une diminution marquée et une atrophie des fibres nerveuses, en même temps qu'une grande prolifération du tissu conjonctif à la périphérie et dans l'épaisseur du nerfs. Les gros troncs nerveux n'étaient pas altérés.

PATHOGÉNIE

Aucune des théories pathogéniques proposées par les auteurs pour expliquer la genèse de la maladie de Dercum, n'a semblé satisfaisante. Toutefois un fait se dégage de la plupart des observations : c'est que le système nerveux joue un rôle manifeste dans la pathogénie de l'adipose douloureuse.

Du reste, les preuves de l'influence du système nerveux sur l'accumulation de la graisse, sont très nombreuses.

M. le professeur Landouzy, dans un de ses mémoires (1), a signalé l'existence d'adipose sous-cutanée localisée dans presque toutes les atrophies musculaires consécutives à des névralgies, des tumeurs cérébrales, des lésions médullaires, etc. Poison, dans sa thèse (2), rapporte une observation où la section complète du sciatique s'est accompagnée d'une

(1) Landouzy, *Revue mensuelle*, janvier 1878.

(2) Poison, Thèse Paris. 1872.

adipose notable au niveau de la jambe. Weirr Mitchell (1) a vu la blessure du trijumeau produire les mêmes conséquences. Enfin la pathogénie des lipomes multiples vient encore mettre en lumière cette influence du système nerveux dans la genèse de l'adipose sous-cutanée.

Nous avons déjà vu Potain montrer, dès 1882, l'origine névropathique et la parenté exister entre l'œdème, le pseudo-lipome, et le lipome. Nous avons vu Bouju, Mathieu, Bucquoy, Desnos, se rattacher à l'origine myélopathique des lipomes symétriques.

Dans la maladie de Dercum, l'influence du système nerveux est encore manifeste. En effet : la maladie débute le plus souvent par un gonflement œdémateux localisé ; cet œdème initial coïncide avec des phénomènes douloureux, l'œdème s'accroît par poussées successives lesquelles coïncident avec des paroxysmes douloureux. De plus, les manifestations nerveuses, locales ou générales qui accompagnent si souvent l'adipose douloureuse plaident encore en faveur de l'origine névropathique de l'affection. Du reste, les constatations anatomo-pathologiques sont venues confirmer ces preuves cliniques et l'on a trouvé aux autopsies des lésions manifestes de diverses portions du système nerveux.

Mais s'il est relativement facile de démontrer que le système nerveux joue un rôle dans la genèse de la maladie de Dercum, il est plus difficile de préciser quelle est la partie du système nerveux intéressé : il semble cependant, d'après les lésions de névrite périphérique interstitielle observées à l'autopsie, que ce serait plutôt le système nerveux périphérique qui serait en cause ; cependant l'asthénie et les troubles men-

(1) Weirr Mitchell. Des lésions des nerfs et de leurs conséquences, Paris, 1874.

laux, qui accompagnent si souvent l'affection; plaideraient en faveur d'une origine centrale.

Un point, cependant, reste encore à résoudre : La lésion nerveuse est-elle primordiale, primitive, ou bien n'est-elle que le moyen d'action d'un trouble plus général agissant par l'intermédiaire du système nerveux ? Ici encore, nous nous trouvons en présence de plusieurs hypothèses. Certains, et en particulier MM. Roux et Vitaut, font de l'adipose douloureuse une dystrophie d'origine thyroïdienne ; et ils se basent sur les altérations du corps thyroïde, trouvées à l'autopsie de certains sujets morts de maladie de Dercum ; ils se basent, de plus, sur l'amélioration obtenue dans certains cas sous l'influence du traitement thyroïdien. Malheureusement, on n'a pas observé ces lésions thyroïdiennes dans tous les cas, et l'influence du traitement opothérapique a été bien des fois illusoire.

D'autres ont voulu en faire un trouble de la dystrophie ovarienne ou testiculaire ; on sait, en effet, l'influence qu'ont ces organes dans la production de la graisse : les animaux castrés sont presque toujours gras, les femmes à la ménopause augmentent souvent de poids, la ménopause artificielle est suivie souvent d'obésité, les ennuques sont généralement obèses.

Mais ces divers phénomènes se rapportent, comme le fait remarquer Burr, à l'obésité simple, chose bien différente de l'adipose douloureuse.

En résumé, il semble qu'au point de vue pathogénique l'influence du système nerveux, dans la production des phénomènes de la maladie de Dercum, soit indéniable. A côté des faits où les lésions de névrite jouent un rôle prépondérant, il en est d'autres dans lesquels la maladie semble due à un trouble dynamique du système nerveux, faisant rentrer l'affec-

tion dans le cadre des trophonévroses, produisant une viciation de la fonction thyroïdienne, ovarienne ou testiculaire. La diversité des symptômes généraux, et des symptômes accessoires suivant les cas, est une preuve de la diversité même des facteurs pathogéniques.

DIAGNOSTIC

Lorsque les symptômes cardinaux de l'affection sont bien caractérisés, le diagnostic de maladie de Dercum peut être relativement facile ; l'attention du clinicien étant éveillée par des phénomènes douloureux et un examen attentif lui révélant la présence de nombreuses néoplasies. Cependant, si cela est vrai pour les formes dites « monstrueuses » de l'affection, dans bien des cas l'adipose douloureuse pourra n'être pas sans analogie avec d'autres états morbides avec lesquels on pourra la confondre. Le diagnostic différentiel à établir sera différent dans chacune des formes cliniques de la maladie.

1° *Forme nodulaire*

Une des affections présentant une certaine analogie avec la maladie de Dercum, serait pour certains : la neuro-fibromatose généralisée ou maladie de Recklinghausen ; le chapitre suivant étant consacré à cette affection, nous verrons là ce qu'il faut penser.

On a indiqué le diagnostic différentiel à faire avec :

Les nodosités sous-cutanées rhumatismales : mais celles-ci apparaissent le plus souvent dans l'enfance et la jeunesse ; elles sont presque complètement indolores ; le malade a de la

fièvre ; les symptômes cardinaux de l'adipose douloureuse font défaut.

Les névromes plexiformes apparaissent de préférence, à la tête, au cou ; et la région sacro-coccygienne. A leur niveau la peau est pigmentée, éléphantiasique.

La sarcomatose cutanée généralisée : mais celle-ci est caractérisée par des tumeurs arrondies presque toujours sessiles ; leur couleur rouge sombre devient bientôt violacée. Les viscères finissent toujours par être envahis.

Les dermatomyomes multiples ont une forme arrondie, une surface lisse, une coloration rosée, c'est du reste une affection extrêmement rare.

Les cysticerques ladriques forment sous la peau des tumeurs multiples, mobiles, ayant une grande tendance à disparaître spontanément.

Dans l'adénopathie généralisée les ganglions lymphatiques hypertrophiés siègent dans des régions déterminées ; du reste, l'état général du malade et l'examen du sang lèveront tous les doutes.

Reste une dernière affection avec laquelle le diagnostic différentiel présente la plus grande difficulté. C'est : la *lipomatose multiple symétrique*, et à tel point, que pour beaucoup d'auteurs la forme nodulaire de la maladie de Dercum et la lipomatose multiple symétrique constituerait une seule et même affection.

Et cela c'est l'opinion de Thimm (1) qui déclare que pour lui la douleur ne serait qu'un élément contingent subordonné à l'état local de la circulation sanguine ; c'est l'opinion de

(1) Thimm, Adipose douloureuse et lipomes symétriques. *Monatsschrift für praktische Dermatol.*, Berlin, 15 mars 1903.

Schlesinger (1) qui déclare avoir vu devenir douloureuses, après un avortement, des tumeurs lipomateuses restées indolores pendant 6 ans.

C'est encore l'opinion de Weiss (2) qui décrit des formes frustes de maladie de Dercum qu'il est bien difficile de considérer comme des cas d'adipose douloureuse ou de lipomatose symétrique.

Bien mieux, pour Cheinisse (3) et Miquel (4) la maladie de Dercum quant à ses formes nodulaires n'existerait pas, rien ne pouvant la distinguer de la lipomatose symétrique.

Sans aller aussi loin, sans être aussi absolu, il nous semble logique d'admettre que la forme nodulaire de la maladie de Dercum présente les plus grandes analogies avec la lipomatose multiple symétrique, le diagnostic différentiel ne pouvant se faire que par la considération de l'élément douleur.

2° *Forme diffuse localisée*

Cette variété est caractérisée par la production de masses lipomateuses diffuses englobant un segment de membre, ou membre entier, l'abdomen, ou le thorax.

Si l'adipose envahit les membres inférieurs on pourrait penser à :

L'éléphantiasis des Arabes : mais l'affection débute par des accidents fébriles. L'œdème est généralement dur, résistant, la peau est altérée. Il n'y a pas de phénomènes douloureux.

(1) Schlesinger, *Semaine médicale*, 1903, p. 27.

(2) Weiss, *Wien. klin., Wochensch.*, 23 avril 1903.

(3) Cheinisse, *Semaine médicale*, 8 juillet 1903.

(4) Miquel, Thèse Paris, juillet 1904.

Enfin la présence de la filaire dans le sang tranche le diagnostic.

Le pseudo-éléphantiasis névropathique de Mathieu est caractérisé par un gonflement œdémateux symétrique atteignant les jambes, englobant les pieds ; mais ici les douleurs suivent le trajet des troncs nerveux et l'on retrouve parfois le signe de Lasègue et les points de Valleix.

Cependant il est une affection avec laquelle le diagnostic différentiel n'est fait nulle part, et qui, cependant, présente les plus grandes analogies avec la forme diffuse localisée de la maladie de Dercum. Nous voulons parler de *la lipomatose symétrique diffuse* telle que nous la connaissons avec les observations de Wernewick, de Wahl, Mosny et Beaufumé. Sans doute, encore ici, on pourra nous objecter qu'il manque le symptôme douleur, mais nous savons bien que c'est là un symptôme, qui peut n'être que passager, fugace, et qui ne suffit pas à différencier *nettement* deux affections ; et de même que nous avons rapproché avec divers auteurs la forme nodulaire de la maladie de Dercum de la lipomatose symétrique circonscrite, de même, nous rapprocherons, avec autant de logique, il nous semble, la forme diffuse localisée de la lipomatose symétrique diffuse. Ici encore, nous nous trouvons en présence de deux affections ayant entre elles les plus grandes ressemblances, les plus grandes analogies, le diagnostic différentiel ne pouvant encore être fait que par la considération du symptôme douleur.

3° *Forme diffuse généralisée*

Il y a trois affections qui présentent quelque analogie avec cette variété :

L'obésité. — Mais l'obésité est souvent héréditaire ; le dé-

pôt graisseux ne se limite pas seulement au tissu cellulaire sous-cutané, il envahit tous les organes dont il gêne le fonctionnement ; enfin, on ne trouve chez les obèses ni les phénomènes douloureux, ni les exacerbations paroxystiques de la maladie de Dercum ; pas plus que les troubles moteurs, sécrétoires, ou sensitivo-sensoriels.

Le trophœdème chronique héréditaire, a été décrit récemment par M. Henri Meige (1). Il présente beaucoup d'analogies avec l'adipose douloureuse, mais les caractères de l'œdème sont un peu différents : en effet, l'œdème garde l'empreinte du doigt ; sa topographie est souvent unilatérale ; enfin le contraste n'existe pas entre les dimensions de la jambe et du pied, qui tous deux ont un volume énorme. Il s'agit, du reste, d'une affection congénitale, héréditaire, et familiale. Reste enfin à faire le diagnostic différentiel avec :

Le myxœdème : c'est là un point des plus délicats et des plus difficiles d'autant que les deux affections ont de nombreux points de commun. Cependant on peut faire remarquer que c'est surtout la face qui est prise chez le myxœdémateux ; la bouffissure du visage est caractéristique, le gonflement est généralisé et les extrémités ne sont pas indemnes. Dans l'adipose douloureuse le contraste est toujours frappant entre le volume énorme du tronc et des membres et la maigreur des extrémités. Cependant, il est des cas de myxœdème fruste, où les symptômes étant moins nettement dessinés, le diagnostic différentiel d'avec la forme généralisée de la maladie de Dercum pourra être extrêmement difficile. Enfin, il est des cas, fort rares heureusement, comme celui que nous rapportons à l'observation XCIV où l'adipose douloureuse

(1) Henri Meige, Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, 1899, p. 453.

évoluant chez une myxœdémateuse, le diagnostic sera forcément des plus ardu. Et chez notre malade, en particulier, il ne fallut rien moins que le grand sens clinique de notre maître, M. le professeur Rauzier, pour dépister, ces derniers temps, l'apparition de la maladie de Dercum, chez une malade atteinte du mal de Basedow.

La forme nodulaire et la lipomatose multiple symétrique circonscrite ;

Nous serons donc d'un avis différent de celui de Sellerin et Houée qui prétendent dans leurs thèses que le diagnostic de la maladie de Dercum est toujours facile. Sans doute, le diagnostic sera facile lorsqu'il s'agira de différencier les différentes formes d'adipose douloureuse : la forme nodulaire de la forme diffuse localisée ou diffuse généralisée ; mais le diagnostic présentera toujours les plus grandes difficultés lorsqu'il s'agira de faire la différence entre :

La forme diffuse localisée et la lipomatose diffuse symétrique ;

La forme nodulaire et la lipomatose multiple symétrique circonscrite ;

La forme diffuse généralisée et le myxœdème.

PRONOSTIC

Le pronostic est grave en ce sens qu'il n'y a pas de guérison et que les traitements institués n'ont qu'une efficacité douteuse. Cependant l'affection ne compromet pas l'existence et peut permettre une longue survie comme témoigne l'âge avancé auxquels sont arrivés la plupart des malades. Cependant, on n'oubliera pas que si l'affection permet de longues survies, l'asthénie, les phénomènes douloureux, l'adipose exagérée interdisent tout travail aux malades quand ils ne les condamnent pas au repos complet.

Ces diverses considérations viendront, donc, assombrir le pronostic.

TRAITEMENT

Il n'y a pas à l'heure actuelle de traitement vraiment spécifique de l'adipose douloureuse. Diverses médications ont été proposées ; certaines ont provoqué une amélioration passagère, mais la guérison n'a jamais été observée. Nous allons rapidement indiquer les diverses médications qui ont été préconisées.

La diète, indiquée par Hale-White, même essayée au début, n'a amené aucune modification de poids.

Le traitement hydrothérapique a semblé donner quelques améliorations aux malades de Féré, mais il s'agissait de deux hystériques.

Le massage a donné quelque soulagement aux malades de W. Spiller.

La photothérapie a été appliquée sans succès par Kaplan et Fedorow.

L'arsenic et la strychnine ont semblé donner quelques résultats entre les mains de Giudicéandrea. Roux et Vitaut, employant la liqueur de Fowler ont noté chez leurs malades une asthénie moins marquée, un état général plus satisfaisant, une diminution des tumeurs lipomateuses.

Enfin, se basant sur l'analogie existant entre la maladie de Dercum et le myxœdème, Ewald proposa, en 1895, de recourir à l'*opothérapie thyroïdienne*. Et de fait on obtint quelques résultats, mais seulement dans la forme diffuse généralisée de l'affection, et encore si chez certains malades l'amélioration a été manifeste (Oddo et Chassy, Galand et Garrand), chez d'autres on a noté une amélioration très fugace ; chez d'au-

tres enfin on a eu des insuccès complets (Eshner, Kaplan et Fedorow).

Quant au *traitement chirurgical*, il ne pourra s'adresser qu'à un nombre de faits relativement restreints, la forme nodulaire seule pourra en retirer quelques bénéfices, et encore l'intervention sera bien souvent illusoire, car elle ne pourra atteindre la cause même de la dystrophie. Tout au plus pourra-t-on s'attaquer à quelques nodules plus douloureux que les autres.

Il nous semble que le traitement le plus rationnel consisterait dans :

L'extirpation pour les formes nodulaires et douloureuses ;

L'arsenic et la strychnine dans les formes diffuses et localisées ;

Le traitement opothérapique (thyroïdien ou ovarique) dans les formes diffuses et généralisées.

Il ne nous reste maintenant qu'à examiner les analogies entre ces diverses lipomatoses et la neurofibromatose généralisée ou maladie de Recklinghausen. Cela fera l'objet du sixième et dernier chapitre de notre travail.

CHAPITRE VI

DE LA NEURO-FIBROMATOSE GENERALISEE OU MALADIE DE RECKLINGHAUSEN

La plupart des auteurs qui se sont occupés de la maladie de Dercum indiquent un diagnostic différentiel à faire entre la forme nodulaire, qui, comme nous l'avons vu, présente les plus grandes analogies avec la lipomatose symétrique et la maladie de Recklinghausen. Nous allons rappeler à grands traits, après un rapide exposé de l'histoire de cette affection, qui, comme nous le verrons, est de date relativement récente, les principaux caractères de la neuro-fibromatose généralisée, et nous nous demanderons ensuite si on peut la confondre avec la maladie de Dercum ou avec les lipomatoses multiples symétriques.

HISTORIQUE

C'est seulement depuis la publication du mémoire de Recklinghausen en 1882 (1) que la fibromatose généralisée a commencé à être étudiée complètement.

(1) Von Recklinghausen, *Ueber die multiplen Fibrome*, Berlin, 1882.

Quelques cas épars avaient bien été observés antérieurement (Wahler en 1814, Hesselbach en 1824, Kölliker en 1860, Atkinson en 1875). Mais c'est à Recklinghausen que revient le mérite d'avoir rapproché et essayé d'unifier tous les cas antérieurs. Il décrivit l'aspect clinique de l'affection, découvrit le siège des fibromes sur les trajets des nerfs et esquissa une pathogénie basée sur les connexions existant entre les fibromes multiples et les nerfs périphériques.

En 1893, Mossé et Cavalié (1) apportent des observations de neuro-fibromatose centrale.

En 1894, Marie, dans ses leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu, fit connaître en France cette affection, qui, somme toute, était presque complètement ignorée. Il rapprocha cette maladie des névromes plexiformes, connus depuis Verneuil, et montra la parenté étroite existant entre ces diverses tumeurs au point de vue histologique.

En 1896, M. le professeur Brissaud et son élève Feindel (2), frappés de la coexistence des troubles tégumentaires et des troubles nerveux, établirent la pathogénie ectodermique de cette affection.

En 1898, Chauffard trouve à l'autopsie des lésions des capsules surrénales, ce qui fit dire à Revilliod (3) que « lorsque l'affection avait le type addisonien, caractérisé par l'asthénie et la coloration diffuse de la peau, des troubles nerveux et digestifs, on devait admettre que la neuro-fibromatose avait envahi les filets sympathiques des capsules surrénales et provoqué une insuffisance fonctionnelle de ces glandes ».

(1) Mossé et Cavalié, Congrès français des médecins neurologistes, Toulouse, 1893.

(2) Feindel, Thèse Paris, 1896.

(3) Revilliod, Thèse Genève, 1900.

En 1904, Sahut (1) croit que l'affection est liée à un trouble fonctionnel, de nature encore imprécise, du système nerveux; cette altération n'aboutissant toujours pas à un type absolument le même, la neuro-fibromatose généralisée pouvant présenter les plus grandes variations au point de vue clinique, depuis les formes frustes et bénignes, constituées uniquement par des molluscum, jusqu'aux cas les plus graves de tumeurs malignes pouvant atteindre le système nerveux central et désignées par M. Cestan sous le nom de neuro-fibrosarcomatose.

DÉFINITION

« L'affection connue sous le nom de neuro-fibromatose généralisée ou maladie de Recklinghausen est caractérisée par la triade symptomatique suivante : tumeurs cutanées, tumeurs des nerfs, pigmentation de la peau. » (Landowski) (2).

A cette triade symptomatique, il faut ajouter des troubles fonctionnels divers : troubles de l'intelligence, perte de la mémoire, état mental anormal ; troubles de la motilité, paresse, lenteur des mouvements, attaques épileptiformes ; troubles de la sensibilité, anesthésies vagues, crampes douloureuses.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous allons examiner successivement les différents symptômes de la maladie de Recklinghausen.

(1) Landowski, *Gazette des hôpitaux*, 1894, n° 95.

(2) Sahut, Thèse Paris, 1904.

Tumeurs cutanées. — Elles sont constituées soit par des grains de molluscum, soit par des masses pouvant atteindre dans certains cas d'énormes dimensions (tumeurs majeures).

Les grains de molluscum sont en nombre pouvant varier de quelques-uns à plusieurs centaines. Leur volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une noix. Quant à leur disposition topographique, elle est assez difficile à préciser, puisque presque toute la surface du corps peut en être pourvue ; leur consistance est élastique, et à la palpation on a la sensation d'un tissu homogène.

A côté des grains de molluscum, nous avons les tumeurs, dites « tumeurs majeures ». Ce sont des tumeurs plus ou moins molles, plus ou moins arrondies ou pendantes, donnant à la palpation l'impression d'une tumeur formée par des cordons fibreux entremêlés comme des paquets de vers.

Tumeurs des nerfs. — Le long des branches nerveuses sous-cutanées, on peut observer des tumeurs qui se suivent en série comme des grains d'un chapelet. Elles ne se révèlent guère à l'inspection. C'est surtout la palpation qui permet de les diagnostiquer ; elles ne donnent pas la sensation de tumeurs situées dans le tissu cellulaire sous-cutané ; elles siègent, en effet, beaucoup plus profondément sous la peau.

Pigmentation de la peau. — Sur la peau existent des taches de couleur et de dimensions variables. La coloration varie du café au lait clair au brun roux. Leur dimension varie depuis celle d'une lentille à d'énormes plaques pigmentées qui occupent une large surface. Leur distribution à la surface du corps est des plus capricieuses. La peau au niveau des taches ne diffère de la peau normale qu'à sa couleur. Cependant, certaines taches peuvent être gaufrées, ridées ; d'autres portent des poils fins, ce sont les *naevi piliaires*.

On ne rencontre pas sur les muqueuses de taches brunâtres ayant l'apparence de celles de la maladie d'Addison, disaient la plupart des auteurs qui se sont occupés de la maladie de Recklinghausen et de sa différenciation d'avec la maladie bronzée ; cependant, Oddo, de Marseille (1), vient de rapporter deux cas de maladie de Recklinghausen dans lesquels les muqueuses n'étaient pas respectées.

Troubles fonctionnels. — La motilité est habituellement conservée ; on note cependant de la lenteur, de la lourdeur des mouvements et parfois même un embarras de la parole qui rappelle le bégaiement. Il faut mentionner encore des vertiges pouvant aller jusqu'à l'attaque épileptiforme.

Du côté de la sensibilité, on rencontre des phénomènes douloureux, crampes, élancements dans les membres, arthralgies et souvent des anesthésies plus ou moins vagues et fugaces. L'intelligence est souvent affectée ; on observe la perte de la mémoire et tout effort intellectuel devient pour eux une cause de fatigue. Enfin, la nutrition générale semble être affectée ; les malades sont souvent des sujets petits, chétifs, amaigris, voûtés.

ETIOLOGIE

La neuro-fibromatose est une affection aujourd'hui considérée par la plupart des auteurs comme héréditaire et souvent familiale.

La congénitalité de la maladie de Recklinghausen pour les formes dans lesquelles les accidents apparaissent d'une façon précoce a été admise comme règle générale même par les pre-

(1) Oddo, *Revue neurologique*, 30 avril 1905.

miers auteurs qui ont écrit sur cette affection. Déjà, en 1896, Feindel, élève de Brissaud, montrait qu'il s'agissait d'une affection congénitale d'origine embryonnaire.

Mais les cas de neuro-fibromatose apparus tardivement peuvent-ils cependant être considérés comme congénitaux. Exemple : ce malade de Marie (1), qui déclare que jusqu'à l'âge de 54 ans il a été exempt de tout grain de molluscum ou de taches pigmentaires ? Pour les cas tardifs, Marie, Sahut, Feindel croient qu'il est encore possible de les identifier avec les cas où l'affection se manifeste dès la naissance. « La malformation existant dès le principe, les symptômes de la maladie apparaissent plus ou moins tardivement. » (2) Du reste, toutes les maladies congénitales ne sont pas forcément apparentes dès les premières années de l'existence ; il est classique de citer à ce propos la maladie de Friedreich, les déformations thoraciques tardives, etc.

Quant au caractère familial de l'affection, il est prouvé par de nombreux exemples ; un des plus curieux est certainement celui fourni par le malade de Czerny et rapporté dans les leçons cliniques de P. Marie.

« Rosine, la mère du cas de Czerny, montrait une soixantaine de tumeurs cutanées de différentes dimensions ; plusieurs de ses parents en avaient également qui furent médicalement constatées ; notamment son grand-père du côté maternel portait sur le tronc de nombreuses tumeurs, atteignant jusqu'au volume du poing ; le frère de celui-ci avait une tumeur colossale sur le dos ; un frère de Rosine aurait été aussi porteur d'excroissances cutanées. Sa fille Thérèse avait en outre, une tumeur énorme dans la région lombaire, et

(1) Marie, Leçons de clinique médicale, Hôtel-Dieu, 1894-1895, p. 253.

(2) Feindel, Thèse Paris, 1896.

des nodules fibromateux multiples sur les nerfs périphériques, d'un volume allant jusqu'à la grosseur d'un œuf de poule.» (1) On peut donc résumer l'étiologie de la neuro-fibromatose généralisée en disant : « *La maladie de Recklinghausen est toujours congénitale, souvent héréditaire, quelquefois familiale.* »'

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

D'importants travaux ont été publiés depuis le remarquable mémoire de Recklinghausen, et aujourd'hui on peut dire que l'étude histologique des taches et des tumeurs est à peu près complète.

Taches pigmentaires. — Les taches pigmentaires proviennent, d'après Vincenzo Brigidi (2) de la présence de granulations jaunes foncées ou noires, abondamment semées dans le protoplasma des cellules de Malpighi. Les recherches de Brigidi ont été plus tard contrôlées par Feindel qui est arrivé aux mêmes conclusions.

Tumeurs cutanées. — Les petites tumeurs cutanées sont constituées par du tissu conjonctif présentant des aspects un peu différents suivant les tumeurs et la région de la tumeur examinée. Le tissu conjonctif s'y montre généralement avec un aspect franchement fibreux. Dans les petites tumeurs, le corps papillaire est ordinairement aminci par suite de la compression que lui fait subir la néo-formation fibromateuse. Dans cette masse de tissu conjonctif, on trouve en assez

(1) P. Marie, Leçons cliniques, 1894-1895.

(2) V. Brigidi, *Muskelnerven mit fibroma molluscum*, 1894.

grande quantité de fins vaisseaux, et parfois mais en petite quantité, des fibres nerveuses.

Quant à l'origine des fibromes, Lahmann(1) croit qu'ils proviennent tantôt des gaines des nerfs, tantôt des gaines des vaisseaux, tantôt des glandes sudoripares et sébacées.

Quant aux tumeurs majeures, elles ne sont dans la plupart des cas que l'exagération du volume des petites tumeurs cutanées développées sur le trajet des ramifications nerveuses de la peau.

PRONOSTIC

Le pronostic est essentiellement variable suivant la forme de l'affection ; il est en général lié à la quantité des tumeurs et sera d'autant plus grave que celles-ci seront plus nombreuses. Il deviendra très sombre lorsqu'on pourra affirmer l'existence de tumeurs du système nerveux central. Le pronostic sera dans tous les cas très réservé, car si l'on voit souvent des individus qui présentaient à leur naissance des signes de neuro-fibromatose, arriver jusqu'à l'âge de 40, 50 ans et plus, sans que leur santé ait été considérablement influencée, on devra se souvenir que souvent aussi on voit les cas évoluer beaucoup plus rapidement.

On doit, en outre, tenir compte de l'état de marasme extrêmement accentué dans lequel meurent ces individus.

Enfin, ces tumeurs peuvent à un moment donné prendre un développement considérable et gêner par leur volume ; de plus, malgré leur bénignité apparente, on les a vues s'ache

(1) Lahmann, *Virchow's Archiv.*, Berlin, 1895.

miner vers une évolution maligne, ayant subi une transformation sarcomateuse.

PATHOGÉNIE

La pathogénie de la neuro-fibromatose est assez obscure. Tout ce que l'on peut dire est qu'il s'agit évidemment d'une maladie des éléments ectodermiques, puisque sont seuls frappés les éléments du système nerveux et le revêtement cutané, tous deux de provenance ectodermique.

Feindel (1), serrant de plus près la question, pense que : « Les éléments ectodermiques primitivement malformés sont dans un état d'équilibre physiologique instable et, par suite, aptes à verser du côté pathologique sous l'influence de causes nocives venant frapper l'organisme. La malformation des éléments ectodermiques peut être assez considérable pour déterminer l'éclosion de symptômes apparents dès la naissance (cas de neuro-fibromatose généralisée, dits congénitaux). Dans un certain nombre de cas (dits à débuts tardifs), la malformation des éléments ectodermiques est plus légère et elle ne devient lésion que sous l'influence d'une cause occasionnelle manifeste (traumatisme, infection), et cette cause semble alors le seul facteur étiologique de l'affection.

La malformation primitive des cellules ectodermiques et secondairement leur lésion font naître les symptômes de la maladie. Du côté des centres nerveux, la lésion des éléments se manifeste par des troubles fonctionnels divers ; sur l'épiderme, la lésion des éléments est l'origine des taches pigmentaires ; enfin, les éléments qui unissent la peau au système

(1) Feindel, Thèse Paris, 1896.

nerveux central, eux aussi de provenance ectodermique, sont dans un état d'infériorité et parce qu'ils sont malformés et parce qu'ils conduisent des impressions imparfaites. Il en résulte alors l'apparition, sur le trajet des nerfs, d'un tératome. La production du tératome est un premier pas fait dans un processus de prolifération. Ultérieurement, cette prolifération peut augmenter d'intensité et, tout en restant de même nature, produire d'énormes fibromes, ou bien, s'accompagnant d'un retour à l'état embryonnaire, produire un sarcome avec toute sa malignité. »

DIAGNOSTIC

On a indiqué une confusion possible entre la neuro-fibromatose généralisée et :

Les gommes sous-cutanées : mais ici nous n'avons pas la pigmentation de la peau ; de plus, les gommes ne siègent pas exactement sur les trajets des nerfs ; enfin, le traitement mercuriel pourra toujours nous servir de pierre de touche.

Avec les adénopathies généralisées : mais ici nous avons des tumeurs dans les régions où siègent les ganglions, nous n'avons pas de pigmentation de la peau.

Avec le myxœdème : nous ne trouvons ni la pigmentation de la peau, ni ces tumeurs multiples.

Avec la maladie d'Addison : nous ne trouvons pas ces tumeurs multiples. Mais ici déjà une difficulté se présente. En effet, Revilliod, dans sa thèse (1), rapporte le cas d'une maladie de Recklinghausen ayant évolué chez un sujet porteur de capsules surrénales insuffisantes. Dans ce cas, le diagnostic

(1) Revilliod, Thèse Genève, 1900.

peut être très difficile, parfois même impossible, si l'on se trouve, par exemple, en présence de certaines formes frustes de neuro-fibromatose, dans lesquelles tous les symptômes ne sont pas nettement accusés.

Avec la lipomatose multiple : c'est là le diagnostic différentiel le plus intéressant pour nous. A notre avis, en présence d'une symptomatologie aussi nette, aussi précise que celle qu'a la plupart du temps la maladie de Recklinghausen, le diagnostic différentiel ne saurait être hésitant.

En effet, dans les divers cas de lipomatose multiple et symétrique, nous n'avons jamais observé de pigmentation de la peau ; de plus, les lipomes ne siègent pas sur les trajets nerveux ; enfin, l'affection n'est jamais congénitale. Faut-il ajouter encore que les lipomes siègent toujours dans le tissu cellulaire sous-cutané, et que leur constitution histologique est bien différente de celle des tumeurs de la neuro-fibromatose généralisée ?

En somme, la confusion entre les deux affections nous semble impossible à un examen tant soit peu attentif.

CONCLUSIONS

I. — Il est rationnel de décrire, sous le titre de « Lipomatose Multiple Symétrique », un certain nombre d'affections présentant entre elles les plus grandes analogies.

Ces affections sont :

La pseudo-lipomatose de Verneuil et Potain.

La lipomatose multiple symétrique circonscrite.

L'adéno-lipomatose multiple à prédominance cervicale ou maladie de MM. Launois et Bensaude.

La lipomatose symétrique diffuse.

Et enfin, l'adipose douloureuse ou maladie de Dercum.

La neuro-fibromatose généralisée ou maladie de Recklinghausen doit être nettement différenciée des affections précédentes, car son allure clinique ne saurait être rapprochée de la symptomatologie de ces diverses maladies.

II. — Le pseudo-lipome est un œdème du tissu cellulaire sous-cutané pouvant se produire dans un grand nombre de régions du corps chez des sujets arthritiques.

Œdème, pseudo-lipomes, lipomes vrais, adipose généralisée et douloureuse constituent les divers stades d'évolution parcourus par une même cellule sous l'in-

fluence d'un même processus. C'est donc naturellement que nous sommes conduit, après avoir fait l'étude de la pseudo-lipomatose de Verneuil et Potain, à faire celle de la lipomatose multiple symétrique circonscrite.

III. — Les lipomes multiples symétriques ne constituent pas une affection très rare. Ils se développent, comme les pseudo-lipomes, surtout chez les arthritiques.

Ils ne diffèrent des lipomes ordinaires que par leur caractère spécial de symétrie et la lenteur habituelle de leur évolution.

Leur pronostic est généralement bénin; leur traitement, nul dans les cas simples, consiste dans l'extirpation lorsqu'ils deviennent gênants pour une cause quelconque.

IV. — Les lipomes multiples symétriques peuvent prédominer au niveau de la région cervicale et constituer l'affection désignée sous le nom d'adéno-lipomatose à prédominance cervicale ou maladie de MM. Launois et Bensaude.

Avec MM. Tuffier, Delbet, Reclus, Le Dentu, Lejars, nous considérons comme inexact ce terme d'adéno-lipomatose. Ces tumeurs sont, en effet, formées par du tissu graisseux pur et, dans le cas où elles contiennent des ganglions lymphatiques, ces derniers sont toujours intacts.

Nous faisons donc de la maladie de MM. Launois et Bensaude une « lipomatose multiple symétrique », ne différant de celle décrite dans le chapitre II que par une localisation plus marquée des tumeurs au niveau de la région cervicale.

V. — Les masses lipomateuses, au lieu d'être nettement circonscrites, peuvent se présenter d'une façon

diffuse, envahissant un membre ou un segment de membre, constituant cette affection connue par les cas de Waernewyck, de Wahl, Mosny et Beaufumé : « la lipomatose symétrique diffuse », *lipomatoses multiples*.

Cette affection présente les plus grandes analogies avec la pseudo-lipomatose ou la lipomatose multiple symétrique, dont elle ne diffère que par la diffusion des tumeurs et leur étendue, généralement plus considérable.

VI. — L'adipose douloureuse ou maladie de Dercum peut se présenter sous trois formes cliniques différentes ; la forme nodulaire, la forme diffuse localisée, la forme diffuse généralisée.

Sans aller aussi loin que MM. Cheinisse et Miquel, qui nient la valeur d'une entité morbide à la maladie de Dercum, nous pensons cependant que : la forme nodulaire présente les plus grandes analogies avec la lipomatose multiple symétrique circonscrite ; la forme diffuse localisée présente la plus grande ressemblance avec la lipomatose symétrique diffuse ; la forme diffuse généralisée doit être rapprochée de la maladie de Basedow.

VII. — La neuro-fibromatose généralisée, que certains auteurs ont voulu rapprocher de la lipomatose multiple symétrique, ne saurait être une cause d'erreur à un examen tant soit peu attentif : la pigmentation de la peau ; la présence des tumeurs sur les trajets nerveux ; la congénitalité de l'affection ; le siège des tumeurs, qui n'est habituellement pas dans le tissu cellulaire sous-cutané ; et enfin, la constitution histologique de ces néoformations, sont des signes plus que suffisants pour distinguer la « lipomatose multiple symétrique » de la « maladie de Recklinghausen ».

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ACHARD et LAUBRY. — Revue neurologique, 1901 (n° du 15 avril et du 15 juin).
- ANTONY. — Société médicale des hôpitaux, 18 mars 1892, p. 179.
- ASKANAZY. — Archiv. de pathol. et d'anatomie. Berlin, 1899. H. 3.
- ASTAOUROFF. — Thèse Paris, juin 1904 : « Sur l'adéno-lipomatose symétrique ou maladie de Launois et Bensaude ».
- BAKER et BOWLBY. — Société royale de médecine et de chirurgie. Londres, 27 octobre 1885.
- BAYET. — Lipomes multiples symétriques : Société des sciences médicales de Bruxelles, 1897.
- BILLINGS. — Chicago méd. Recorder, 1903.
- BLAND-SUTTON. — Société royale de médecine et chirurgie. Londres, 1885.
- BLASCHKO. — Obs. rapportée par Astaoureff. (Thèse Paris, p. 16).
- BONNEFOND. — Thèse Paris 1900: « Contribution à l'étude de l'adéno-lipomatose multiple à prédominance cervicale ».
- BORDONI (LUIGI). — Un cas de lipomatose symétrique douloureuse. Riforma medica, an XVII, vol. III, p. 735.
- BOUCHER. — France médicale, 1889.
- BOUJU. — Thèse Paris 1892 : « Sur les lipomes symétriques ».
- BOURNEVILLE et D'OLLIER. — Progrès médical, 1880, p. 709.
- BOUVET. — Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, 1900, p. 243.
- BUREAU. — Gazette médicale de Nantes, 20 février 1904.
- BRIGIDI. — Muskelnerven mit fibrôm molluscum, 1894.
- BROCA. — Traité des tumeurs, t. II, p. 375.
- BUCHTERKIRCH et BÜMKÉ. — Berlin. Klin. Wochenschrift, 1887, p. 634.
- BUCQUOY. — Société médicale des hôpitaux, juin 1891.

- BURR (Ch.-W.). — Journal of nervous and mental diseases (october 1900).
- CARGOWLA. — Annales med. psychol.
- CECCHINI. — Gazzetta médicala di Roma, 1903, p. 451.
- CHARTIER. — Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1883, p. 836.
- CHEINISSE. — Semaine médicale, 8 juillet 1903.
- CHUFFART. — Thèse d'agrégation : « Des affections rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané ». Paris, 1886.
- CLUTTON. — Saint-Thomas Hospital's Reports, 1879, vol. X, p. 69.
- COLBERTADO. — Revue médicale des sciences. Venise, 1903, p. 350.
- CRUVEILHER. — Traité d'anatomie pathol., t. III.
- CURLING. — Med. chirurg. Transactions, vol. XXXIII, p. 303.
- DARBEZ. — Thèse Paris, 1868 : « Des lipomes multiples ».
- DARTIGOLLE. — Société médicale des Hôpitaux de Paris 10 juillet 1891, p. 375.
- DEBOVE. — Semaine médicale, mars 1901 : « Pathogénie de l'obésité ».
- Presse médicale, juillet 1901 : « De l'adipose douloureuse. »
- DELBET. — Adéno-lipomes : Société de chirurgie, décembre 1898.
- DEMONS. — Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1900, p. 244.
- DERCUM. — University Medical Magazine : décembre 1888, p. 140.
- The American Journal of the Medical Sciences : décembre 1902.
- DESNOS. — Société médicale des Hôpitaux de Paris : 13 février 1891, p. 65.
- DIDE et LEBORGNE. — Observations de maladie de Dercum, prises à l'asile d'aliénés de Rennes (cité dans Thèse de Houée, Paris 1904).
- DIEULAFOY. — Cliniques 1902, t. IV : « De l'adéno-lipomatose à prédominance cervicale. »
- DUCKWORTH. — Trans. clin. Soc. 1880, vol. XIII, p. 13.
- — — — 1881, vol. XIV, p. 54 et 67.
- EHRENWALD. — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie : t. 38, p. 101.
- ESHNER. — Journal of the American medical association : 12 novembre 1898.

- EWALD. — Berlin. Klin. Wochenschrift : janvier 1895.
- FEINDEL. — Thèse Paris, 1896 : « Contribution à l'étude de la Neurofibromatose généralisée. »
- FÉRÉ (Ch.). — Médecine moderne : 28 décembre 1898.
- FERRÉ. — De l'adipose douloureuse : Revue de médecine, 1901, p. 641.
- FOUCHER. — Gazette des Hôpitaux : 1863.
- FOURNIER et BENSAUDE. — Adéno-lipomatose cervicale : Société de dermatologie et syphiligraphie : 10 janvier 1901.
- FIEBER CARL. — Zeitschrift für Chirurg. : B. XIV. — S. 361.
- GALLAND et GARRAND. — (Cité dans thèse de Vitaut : Lyon, 10 juillet 1901).
- GILBERT et BALLET. — Journal des Praticiens : 13 septembre 1902.
- GIUDICÉANDRÉA. — Rivista di Patologia nervosa é mentali (juillet 1900).
- GOODHART. — Med. Times : Vol. 1. p. 474.
- GORDHINIER. — Vermont med. Month. Bierlington : 1903, p. 193.
- HALE-WHITE. — British medical Journal : 2 décembre 1899.
- HALLOPEAU et DOUVILLE. — Société de dermatologie et syphiligraphie : « Sur un cas de maladie de Recklinghausen », 11 avril 1904.
- HALLOPEAU et JEANSELME. — Société de dermatologie, 16 février 1893 : « Sur un cas de lipomatose multiple. »
- HAYEM. — Clinique médicale de Saint-Antoine, 1900.
- Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière : 1900, p. 147.
- HENNINGSSEN. — Dissert. inaug. : Kiel, 1888.
- HENRICH-KISCH. — Berlin. Klin. Wochenschrift : 1886.
- HENRY. — Journal of nervous and mental diseases : mars 1891, p. 154.
- HILTON-FAGE. — Med. chir. Transactions : 1871, vol. LIV, p. 157.
- HOLGMANN. — The Lancet : 31 mai 1873.
- HOVÉE. — Thèse Paris, 1904 : « Contributions à l'étude de l'adipose douloureuse généralisée. »
- HUGHIER. — Société de chirurgie : 7 mars 1855, p. 296.
- INGRASSIAS. — J. P. H. : De tumoribus proeter naturam, t. 1, Neapoli, 1553.

- ISRAEL. — Tageblatt der 59^e Versammlung Deutsche Aertze und Naturforscher.
- JABOULAY. — Cité par Astaouroff : thèse Paris 1904, p. 64.
- JEANSELME et BEAUFUMOIR. — Lipomatose symétrique. Société médicale des Hôpitaux : mai 1898, p. 387.)
- JENTCH. — Deutsche Zeitschrift für chirurgie : t. XXIII.
- KAPLAN et FÉDOROW. — Méditzinskoïe Obošrenje : 1902, n° 6.
- KATZENNILLENBOGEN. — Thèse Paris, 1895 : « Contribution à l'étude des Lipomes multiples symétriques.
- KLAUSNER. — Munch. med. Wochenschrift, 1895, p. 348.
- KOETTITZ. — Deutsche Zeitschrift für chirurgie : t. XXXVIII.
- LAHMANN. — Virchow's archiv. : Berlin 1895.
- LANDOUZY. — Revue mensuelle de médecine : janvier 1878.
- LANDOWSKI. — Gazette des hôpitaux : 1894, n° 95.
- LANGDON DOWN. — Trans. patholog. Society of London, 1869, vol. XX, p. 419.
- LANGER (Dr Fritz). — Langenbeck's archiv. für chirurg. 1893, t. 46.
- LARDIER. — Revue médicale de l'Est : 1884, p. 273.
- LASKARIDES. — Dissert. inaug., über symmetrische Lipome : Strasbourg, 1878.
- LAUNOIS et BNSAUDE. — Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 7 avril 1898 et 21 juin 1901.
- Presse médicale, 1^{er} juin 1898.
- LESSERSON. — (Cité dans thèse Astaouroff : Paris, 1904, p. 71).
- LITTE. — Sur trois espèces de loupes et sur une 4^e établie : Paris, 1709.
- LLOYD. — Trans. clin. Society : 1880, vol. XIII, p. 111.
- MAC-CORMAC. — Saint-Thomas Hospital's Reports : 1884, vol. XIII, n° 1 et 2.
- MADLUNG. — Archiv. für klin. chirurg., t. XXVII, p. 106, 1888.
- Über den Fetthals. Archiv. für klin. chirurg. Bd. XXXVIII.
- MARCAIS. — Thèse Paris 1894 : « Les lipomes diffus du cou et de la nuque. »
- MARIE P. — Leçons de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 1894-1895, p. 233.
- MATHIEU. — Archives générales de médecine : 1884, p. 5 et 1885 ; vol. I, p. 656, vol. II, p. 171 et 607.

- MAUCLAIRE. — Adéno-lipomatose à prédominance cervicale : Société de chirurgie, 20 octobre 1901.
- MEIGE HENRI. — Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, 1899, p. 453.
- MEIGE et FEINDEL. — Note sur la maladie de Recklinghausen : Revue neurologique, 1903, n° 157.
- MILlicAN. — The Lancet : 1882, p. 962.
- MILION. — Gazette des Hôpitaux : 9 novembre 1895 : « Pseudo-lipomes et lipomes multiples. »
- MIQUEL. — Thèse Paris, juillet 1904 : « Sur la valeur nosologique du syndrome de Dercum. »
- MORGAGNI. — Epistol. 50-22.
- MORLOT et GALLOIS. — Bourgogne médicale : mars 1899.
- MORRANT BACKER et ANTHONY BOWLEY. — Med. chirurg. Transactions, vol LXIX, p. 41.
- MOSNY et BEAUFUMÉ. — Société médicale des Hôpitaux : 14 février 1902, p. 106.
- MOSSÉ et CAVALIÉ. — Congrès Français des médecins neurologistes : Toulouse 1893.
- ODDO et CHASSY. — Revue Neurologique : 30 janvier 1902.
- ODDO. — Revue Neurologique : 30 janvier 1905.
- ORD. — Med. chirurg. Transactions : 1870, vol. LXI, p. 60.
- PAPI. — Gazzetta degli ospedale e delle cliniche, 9 mars 1902, n° 24.
- PATON. — Société médicale de Rouen, 1894, p. 24.
- PFESTEL-MAZOGLU. — Presse médicale, 23 août 1900, p. 131.
- POISON. — Thèse Paris, 1872.
- POTAIN. — Journal de médecine et de chirurgie : octobre 1879, p. 446.
- POTAIN. — Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie : 20 octobre 1882, p. 687.
- POTAIN. — Société médicale des Hôpitaux : 10 juillet 1891, p. 371.
- PRICHARD. — British med. Journal : 1881, vol. I, p. 271.
- QUÉRY. — Thèse Paris 1902 : « Contribution à l'étude de la lipomatose symétrique diffuse à prédominance cervicale. »
- RECKLINGHAUSEN. — Ueber di multiplen fibrome : Berlin, 1882.
- REVILLIOD. — Thèse Genève, 1900 : « Contribution à l'étude de la neuro-fibromatose généralisée ; et ses rapports avec l'insuffisance des capsules surrénales. »

- RENDU. — Société médicale des Hôpitaux : 25 mars 1892, p. 199.
- REHNS. — Thèse Paris, juillet 1898 : « Adéno-lipomatose symétrique à prédominance cervicale. »
- RÉNON et HEITZ. — Revue neurologique : 1901, p. 704.
- RÉNON et LOUSTE. — Société médicale des Hôpitaux : décembre 1902.
- RIDEL SAILLART. — Thèse Paris, 1881.
- RIEDEL. — In deutsche chirurg. de Kœnig : Livraison 36.
- ROUX et VITAUT. — Revue neurologique : septembre 1901.
- ROUX J. — Revue neurologique : 15 janvier 1902.
- SAHUT. — Thèse Paris, 1904 : « Contribution à l'étude de la maladie de Recklinghausen. »
- SAINTON et FERRAND. — Gazette des Hôpitaux : 1903, p. 957.
- SCHLESINGER. — Semaine médicale, 1903, p. 27.
- SCHMIDT. — Société médicale de Munich : bulletin de 1894, p. 525.
- SELLERIN. — Thèse Paris, 25 mars 1903 : « Contribution à l'étude de l'adipose douloureuse. »
- SERRENIN. — Sur le lipome multiple. Medizinsinsk Obosrenje, février 1901.
- SICARD. — Société médicale des Hôpitaux : octobre 1903.
- SILVESTRINI. — Bull. de la soc. Estachiano Camerino, 1903.
- SINNHUBER. — (Cité dans thèse Astaouroff, Paris 1904 : p. 75).
- SIDEREY. — Société médicale des Hôpitaux : 30 juin 1892.
- SMITH. — British. med. Journal : 1881, vol. I, p. 193.
- SPILLER WILLIAMS. — Medical News : février 1898.
- STOFFELLA. — Wiener med. Vochenschrift : 1872.
- STOLL. — Beitrage zur chirurg. von Brüns, 1892, p. 609.
- TAPIÉ. — Thèse Paris, 1899 : « Contribution à l'étude de la lipomatose symétrique à prédominance cervicale. »
- TCHERKASSOFF. — Wratchebnia Zapiski : 23 mars 1895.
- THIKOFF. — Medizinsinsk Obosrenje, t. XLII, 1894, n° 18.
- THIMM. — Monaschrift für Pratich. dermatol. Berlin, 15 mars 1903.
- TUFFIER. — Société de chirurgie : 13 janvier 1904.
- VERNEUIL. — Société de Biologie, 1854.
- VERNEUIL. — Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie : 21 novembre 1879, p. 745, et 10 octobre 1882.
- WAHL (DE). — Clinique chirurgicale de Dorpa et Deutsche Zeitschrift für chirurg., t. XXVI.

WEIRR MITCHELL. — Des lésions des nerfs et leurs conséquences :
thèse Paris, 1874.

WEISS. — Wien. klin. Wochenschrift : 23 avril 1903, p. 496.

WILLIAMS ROGER. — Transactions of the pathological society of
London : 1890, p. 290.

WÖRNEWYCK. — Dissert. inaug. Berlin, 1868.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,

Montpellier, le 22 juin 1905

Le Recteur,

Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 22 juin 1905

Le Doyen,

MAIRET.

SERMENT

*En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers con-
ciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au
nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de
la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins
gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus
de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui
me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les
mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant
envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que
j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes
promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes
confrères si j'y manque !*

